



**Lista de Medicamentos Adicionales Cubiertos de CareFirst BlueCross
BlueShield Group Advantage (PPO) para 2025**

**ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS MEJORADOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Esta lista de medicamentos adicionales se actualizó el 15/10/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) al 1-888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite www.carefirst.com/myaccount.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

¿Qué es la cobertura medicamentos adicionales de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage?

Su plan cubre medicamentos adicionales a través de nuestra Cobertura de medicamentos adicionales. Estos medicamentos recetados normalmente no están cubiertos por los planes de medicamentos recetados de Medicare. Esta cobertura de medicamentos adicionales es independiente de la cobertura de la Parte D de Medicare. Este documento es una lista de los Medicamentos Adicionales cubiertos según el plan CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage de su empleador. Si obtiene una receta para uno de estos medicamentos, el monto que paga cuando obtiene una receta para este medicamento no cuenta para los costos totales de los medicamentos (es decir, la cantidad que paga no lo ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar sus recetas, no recibirá ninguna ayuda adicional para pagar estos medicamentos.

¿Puede cambiar la lista de medicamentos adicionales?

Esta lista puede cambiar en cualquier momento. La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podemos agregar o eliminar medicamentos a la lista de medicamentos adicionales durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Dichos cambios se le notificarán con antelación por escrito, cuando proceda. Llámenos para obtener una lista actualizada de medicamentos adicionales. Nuestra información de contacto aparece detallada en la portada y contraportada.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden contar con requisitos adicionales o límites en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización Previa:** CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) requiere que usted o su médico obtenga una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) no cubra el medicamento.
- **Límites de Cantidad:** Para ciertos medicamentos, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) limita la cantidad del medicamento cubierto por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO). Por ejemplo, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) proporciona 6 tabletas por 30 días por receta de sildenafil 100 mg.
- **Terapia por Etapas:** En algunos casos, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar la condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) puede no cubrir el medicamento B a menos que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO) cubrirá el medicamento B.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en la lista de la cobertura mejorada?

Si su medicamento no está en el formulario de la Parte D ni en esta lista de medicamentos adicionales, primero debe comunicarse con Servicios para Afiliados y preguntar si su medicamento está cubierto. Nuestra información de contacto, junto con la fecha en que actualizamos por última vez el Formulario de la Parte D y la lista de medicamentos adicionales, aparecen en la portada y contraportada de esos documentos.

Si se entera de que CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage no cubre su medicamento con el beneficio de medicamentos adicionales, puede solicitar a Servicios para el Afiliado una lista de medicamentos similares que sí estén cubiertos. Cuando reciba la lista, muéstrele a su médico y solicítele que le recete un medicamento similar cubierto por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage.

Cobertura de medicamentos adicionales de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)

La siguiente lista brinda información sobre algunos Medicamentos Adicionales cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO). Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 8. El índice brinda una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se enumeran en el Índice. Busque su medicamento en el índice. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura.

Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Las marcas de medicamentos aparecen en mayúscula (por ejemplo, CIALIS) y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (por ejemplo, *tadalafil*).

La segunda columna, “Nivel del medicamento”, indicará en qué nivel de copago se encuentran los medicamentos adicionales. Los montos de copago y los porcentajes de coseguro varían para cada nivel. **Los medicamentos adicionales están disponibles con copago del Nivel 2 (genéricos) o del Nivel 4 (medicamentos no preferidos), según el medicamento. Esto significa que usted pagará el copago del nivel 2 o del nivel 4 que figura en el capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.**

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos adicionales de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage consulte su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos con receta de CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece detallada en la portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Rider Standard 4T Effective 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
ANTI-OBESITY AGENTS		
ANTI-OBESITY AGENTS		
ADIPEX-P CAP 37.5MG	4	PA, QL
ADIPEX-P TAB 37.5MG	4	PA, QL
<i>benzphetamine hcl tab 50 mg</i>	2	PA, QL
CONTRAVE TAB 8-90MG	4	PA, QL
<i>diethylpropion hcl tab 25 mg</i>	2	PA, QL
<i>diethylpropion hcl tab er 24hr 75 mg</i>	2	PA, QL
LOMAIRA TAB 8MG	4	PA, QL
<i>orlistat cap 120 mg</i>	2	PA, QL
PHENDIMETRAZ CAP 105MG ER	4	PA, QL
<i>phendimetrazine tartrate tab 35 mg</i>	2	PA, QL
<i>phentermine hcl cap 15 mg</i>	2	PA, QL
<i>phentermine hcl cap 30 mg</i>	2	PA, QL
<i>phentermine hcl cap 37.5 mg</i>	2	PA, QL
<i>phentermine hcl tab 37.5 mg</i>	2	PA, QL
PLENITY CAP	4	
PLENITY CAP WELCOME	4	
QSYMIA CAP 3.75-23	4	PA, QL
QSYMIA CAP 7.5-46MG	4	PA, QL
QSYMIA CAP 11.25-69	4	PA, QL
QSYMIA CAP 15-92MG	4	PA, QL
SAXENDA INJ 18MG/3ML	4	PA, QL
WEGOVY INJ 0.5MG	4	PA, QL
WEGOVY INJ 0.25MG	4	PA, QL
WEGOVY INJ 1.7MG	4	PA, QL
WEGOVY INJ 1MG	4	PA, QL
WEGOVY INJ 2.4MG	4	PA, QL
XENICAL CAP 120MG	4	PA, QL
ZEPBOUND INJ 2.5MG	4	PA, QL
ZEPBOUND INJ 5/0.5ML	4	PA, QL
ZEPBOUND INJ 7.5MG	4	PA, QL
ZEPBOUND INJ 10/0.5ML	4	PA, QL
ZEPBOUND INJ 12.5MG	4	PA, QL
ZEPBOUND INJ 15/0.5ML	4	PA, QL
COUGH AND COLD AGENTS		
COUGH AND COLD AGENTS		
<i>benzonatate cap 100 mg</i>	2	
<i>benzonatate cap 150 mg</i>	2	
<i>benzonatate cap 200 mg</i>	2	
<i>bromfed dm</i>	2	
HYCODAN SYP 5-1.5/5	4	QL
HYCODAN TAB 5-1.5MG	4	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml</i>	2	QL
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	2	QL
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	2	QL
<i>hydromet</i>	2	QL
<i>promethazine vc/codeine</i>	2	QL
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	2	QL
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	2	
<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	2	QL
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	2	
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	4	QL
TUZISTRA XR SUS	4	QL

PRESCRIPTION VITAMIN/MINERAL PRODUCTS

PRESCRIPTION VITAMIN/MINERAL PRODUCTS

AMINO BENZOIC POW ACID	4	
AQUASOL A INJ 50000/ML	4	
ASCOR SOL 25000MG	4	
ASCORBIC ACD INJ 500MG/ML	4	
ASCORBIC ACI SOL 500MG/ML	4	
<i>ascorbic acid inj 500 mg/ml</i>	2	
B-12 COMP KIT 1000MCG	4	
CA ASCORBATE POW DIHYDRAT	4	
CA PANTOTHEN POW	4	
CORVITE 150 TAB	4	
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG	4	
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml</i>	2	
<i>cyanocobalamin nasal spray 500 mcg/0.1ml</i>	2	
DAVIMET/FLUO CHW 0.75MG	4	
<i>dodex</i>	2	
DRISDOL CAP 50000UNT	4	
ERGOCALCIFER POW 40000UNT	4	
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	2	
FLORIVA DRO PLUS	4	
<i>folic acid inj 5 mg/ml</i>	2	
FOLIC ACID POW	4	
<i>folic acid tab 1 mg</i>	2	
<i>hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml (base equivalent)</i>	2	
INTEGRA PLUS CAP	4	
LIVITA LIQ CHILDREN	4	
MEPHYTON TAB 5MG	4	
METHYLCOBALA INJ 1MG/ML	4	
METHYLCOBALA INJ 5MG/ML	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
------------------------	-------	--------------------

METHYLCOBALA INJ 10MG/ML	4	
METHYLCOBALA INJ 10000MCG	4	
METHYLCOBALA INJ 50000MCG	4	
<i>multivitamin with fluorid</i>	2	
NA ASCORBATE POW	4	
NASCOBAL SPR 500MCG	4	
NIACIN POW	4	
NIACINAMIDE POW	4	
NICOTINAMIDE POW	4	
PABA POW	4	
<i>phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)</i>	2	
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	2	
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	2	
POTASSIUM P- POW AMINO BEN	4	
PYRIDOXAL-5- INJ PHOSPHAT	4	
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	2	
PYRIDOXINE INJ 100MG/ML	4	
PYRIDOXINE POW HCL	4	
QUFLORA CHW	4	
SOD ASCORBAT GRA	4	
SOD ASCORBAT GRA USP NF	4	
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	2	
THIAMINE HCL POW	4	
THIAMINE HCL SOL NA CL	4	
THIAMINE POW MONONITR	4	
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML	4	
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML	4	
VITAMIN E POW ACETATE	4	
VITAMIN KIT SYS-B12	4	
WHEAT GERM OIL	4	

SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS

SEXUAL DYSFUNCTION AGENTS

BI-MIX INJ 150-5MG	4	
CAVERJECT IM KIT 10MCG	4	QL
CAVERJECT INJ 20MCG	4	QL
CAVERJECT INJ 40MCG	4	QL
CAVERJECT KIT 20MCG	4	QL
CIALIS TAB 2.5MG	4	QL
CIALIS TAB 5MG	4	QL
CIALIS TAB 10MG	4	QL
CIALIS TAB 20MG	4	QL
EDEX KIT 10MCG	4	QL
EDEX KIT 20MCG	4	QL
EDEX KIT 40MCG	4	QL
IFE-BIMIX INJ 30/1/5ML	4	

Nombre del Medicamento	Nivel	Requisitos/Límites
MUSE SUP 250MCG	4	QL
MUSE SUP 500MCG	4	QL
MUSE SUP 1000MCG	4	QL
PHENYLEPHRIN INJ 1MG/1ML	4	
QUAD-MIX INJ	4	
<i>sildenafil citrate tab 25 mg</i>	2	QL
<i>sildenafil citrate tab 50 mg</i>	2	QL
<i>sildenafil citrate tab 100 mg</i>	2	QL
STENDRA TAB 50MG	4	QL
STENDRA TAB 100MG	4	QL
STENDRA TAB 200MG	4	QL
SUPER BI-MIX INJ 150-10MG	4	
SUPER INJ QUAD-MIX	4	
SUPER INJ TRI-MIX	4	
<i>tadalafil tab 2.5 mg</i>	2	QL
<i>tadalafil tab 5 mg</i>	2	QL
<i>tadalafil tab 10 mg</i>	2	QL
<i>tadalafil tab 20 mg</i>	2	QL
TRI-MIX INJ	4	
<i>varденаfil hcl orally disintegrating tab 10 mg</i>	2	QL
<i>varденаfil hcl tab 2.5 mg</i>	2	QL
<i>varденаfil hcl tab 5 mg</i>	2	QL
<i>varденаfil hcl tab 10 mg</i>	2	QL
<i>varденаfil hcl tab 20 mg</i>	2	QL
VIAGRA TAB 25MG	4	QL
VIAGRA TAB 50MG	4	QL
VIAGRA TAB 100MG	4	QL

Index

A	
ADIPEX-P CAP 37.5MG	4
ADIPEX-P TAB 37.5MG.....	4
AMINO BENZOIC POW ACID.....	5
AQUASOL A INJ 50000/ML.....	5
ASCOR SOL 25000MG.....	5
ASCORBIC ACD INJ 500MG/ML.....	5
ASCORBIC ACI SOL 500MG/ML.....	5
<i>ascorbic acid inj 500 mg/ml</i>	5
B	
B-12 COMP KIT 1000MCG	5
<i>benzonatate cap 100 mg</i>	4
<i>benzonatate cap 150 mg</i>	4
<i>benzonatate cap 200 mg</i>	4
<i>benzphetamine hcl tab 50 mg</i>	4
BI-MIX INJ 150-5MG.....	6
<i>bromfed dm</i>	4
C	
CA ASCORBATE POW DIHYDRAT.....	5
CA PANTOTHEN POW	5
CAVERJECT IM KIT 10MCG	6
CAVERJECT INJ 20MCG	6
CAVERJECT INJ 40MCG	6
CAVERJECT KIT 20MCG.....	6
CIALIS TAB 10MG.....	6
CIALIS TAB 2.5MG.....	6
CIALIS TAB 20MG.....	6
CIALIS TAB 5MG.....	6
CONTRAVE TAB 8-90MG.....	4
CORVITE 150 TAB.....	5
CYANOCOBALAM SOL 2000MCG.....	5
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml</i>	5
<i>cyanocobalamin nasal spray 500 mcg/0.1ml</i>	5
D	
DAVIMET/FLUO CHW 0.75MG	5
<i>diethylpropion hcl tab 25 mg</i>	4
<i>diethylpropion hcl tab er 24hr 75 mg</i>	4
<i>dodex</i>	5
DRISDOL CAP 50000UNT	5
E	
EDEX KIT 10MCG.....	6
EDEX KIT 20MCG.....	6
EDEX KIT 40MCG.....	6
ERGO CALCIFER POW 40000UNT.....	5
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	5
F	
FLORIVA DRO PLUS	5
<i>folic acid inj 5 mg/ml</i>	5
FOLIC ACID POW	5
<i>folic acid tab 1 mg</i>	5
H	
HYCODAN SYP 5-1.5/5	4
HYCODAN TAB 5-1.5MG.....	4
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8</i> <i>mg/5ml</i>	5
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom</i> <i>soln 5-1.5 mg/5ml</i>	5
<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	5
<i>hydromet</i>	5
<i>hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml</i> <i>(base equivalent)</i>	5
I	
IFE-BIMIX INJ 30/1/5ML.....	6
INTEGRA PLUS CAP.....	5
L	
LIVITA LIQ CHILDREN	5
LOMAIRA TAB 8MG.....	4
M	
MEPHYTON TAB 5MG	5
METHYLCOBALA INJ 10000MCG	6
METHYLCOBALA INJ 10MG/ML.....	6
METHYLCOBALA INJ 1MG/ML.....	5
METHYLCOBALA INJ 50000MCG	6
METHYLCOBALA INJ 5MG/ML.....	5
<i>multivitamin with fluorid</i>	6
MUSE SUP 1000MCG.....	7
MUSE SUP 250MCG	7
MUSE SUP 500MCG	7
N	
NA ASCORBATE POW	6
NASCOBAL SPR 500MCG	6
NIACIN POW.....	6
NIACINAMIDE POW	6
NICOTINAMIDE POW	6
O	
<i>orlistat cap 120 mg</i>	4
P	
PABA POW.....	6
PHENDIMETRAZ CAP 105MG ER.....	4

<i>phendimetrazine tartrate tab 35 mg</i>	4
<i>phentermine hcl cap 15 mg</i>	4
<i>phentermine hcl cap 30 mg</i>	4
<i>phentermine hcl cap 37.5 mg</i>	4
<i>phentermine hcl tab 37.5 mg</i>	4
PHENYLEPHRIN INJ 1MG/1ML.....	7
<i>phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)</i>	6
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	6
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	6
PLENITY CAP	4
PLENITY CAP WELCOME	4
POTASSIUM P- POW AMINO BEN.....	6
<i>promethazine vc/codeine</i>	5
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	5
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	5
<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup</i> <i>6.25-5-10 mg/5ml</i>	5
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10</i> <i>mg/5ml</i>	5
PYRIDOXAL-5- INJ PHOSPHAT	6
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	6
PYRIDOXINE INJ 100MG/ML.....	6
PYRIDOXINE POW HCL.....	6
Q	
QSYMIA CAP 11.25-69	4
QSYMIA CAP 15-92MG	4
QSYMIA CAP 3.75-23.....	4
QSYMIA CAP 7.5-46MG	4
QUAD-MIX INJ	7
QUFLORA CHW.....	6
S	
SAXENDA INJ 18MG/3ML	4
<i>sildenafil citrate tab 100 mg</i>	7
<i>sildenafil citrate tab 25 mg</i>	7
<i>sildenafil citrate tab 50 mg</i>	7
SOD ASCORBAT GRA.....	6
SOD ASCORBAT GRA USP NF.....	6
STENDRA TAB 100MG	7
STENDRA TAB 200MG	7
STENDRA TAB 50MG	7
SUPER BI-MIX INJ 150-10MG.....	7
SUPER INJ QUAD-MIX.....	7

SUPER INJ TRI-MIX.....	7
T	
<i>tadalafil tab 10 mg</i>	7
<i>tadalafil tab 2.5 mg</i>	7
<i>tadalafil tab 20 mg</i>	7
<i>tadalafil tab 5 mg</i>	7
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	6
THIAMINE HCL POW	6
THIAMINE HCL SOL NA CL.....	6
THIAMINE POW MONONITR	6
TRI-MIX INJ	7
TRI-VI-FLORO SUS 0.25/ML.....	6
TRI-VI-FLORO SUS 0.5MG/ML.....	6
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG.....	5
TUZISTRA XR SUS	5
V	
<i>vardenafil hcl orally disintegrating tab 10 mg</i> ...7	
<i>vardenafil hcl tab 10 mg</i>	7
<i>vardenafil hcl tab 2.5 mg</i>	7
<i>vardenafil hcl tab 20 mg</i>	7
<i>vardenafil hcl tab 5 mg</i>	7
VIAGRA TAB 100MG	7
VIAGRA TAB 25MG	7
VIAGRA TAB 50MG	7
VITAMIN E POW ACETATE	6
VITAMIN KIT SYS-B12	6
W	
WEGOVY INJ 0.25MG	4
WEGOVY INJ 0.5MG.....	4
WEGOVY INJ 1.7MG.....	4
WEGOVY INJ 1MG.....	4
WEGOVY INJ 2.4MG.....	4
WHEAT GERM OIL	6
X	
XENICAL CAP 120MG	4
Z	
ZEPBOUND INJ 10/0.5ML.....	4
ZEPBOUND INJ 12.5MG	4
ZEPBOUND INJ 15/0.5ML.....	4
ZEPBOUND INJ 2.5MG	4
ZEPBOUND INJ 5/0.5ML	4
ZEPBOUND INJ 7.5MG	4

Este formulario se actualizó el 15/10/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente al 1-888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana 0, o visite carefirst.com/learn/goupma.

Esta lista de medicamentos adicionales cubiertos puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.