



# Tratamiento escalonado para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare

Se aplica *únicamente* a los planes Blue Shield Select (PPO) y Blue Shield Medicare (PPO).

Los medicamentos de la Parte B de Medicare son los siguientes:

- Medicamentos que uno no toma normalmente por sí mismo y que se infunden o toman durante una visita al médico, en forma ambulatoria en un hospital o en un centro, o bien que se dan durante una visita al hogar por parte de un profesional de enfermería.
- Algunos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, por ejemplo:
  - Factores de coagulación que uno mismo se inyecta para tratar la hemofilia.
  - Medicamentos inmunodepresores, si Medicare ayudó a pagar el trasplante de órgano.
  - Medicamentos inyectables para tratar la osteoporosis para quienes no pueden salir de su hogar.
  - Algunos medicamentos orales para tratar el cáncer, si también hay una versión inyectable.
  - Medicamentos orales para tratar las náuseas, cuando se usan como reemplazo total de su versión inyectable.
  - Algunos medicamentos para hacerse diálisis en el hogar, como fármacos estimulantes de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen, Procrit, Epoetin Alfa, Aranesp o Darbepoetin Alfa).

Estos medicamentos están cubiertos por el beneficio de la Parte B. Consulte el Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura*.

Para algunos medicamentos de la Parte B de Medicare, es necesario hacer un tratamiento escalonado durante el proceso de autorización previa, que exige que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su problema médico antes de que se cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar su problema de salud, es posible que Blue Shield of California no cubra el medicamento B si usted no prueba primero el medicamento A. Si el medicamento A no es indicado para usted, entonces Blue Shield of California cubrirá el medicamento B.

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

A continuación, se incluye una lista de los medicamentos para tratar su problema de salud que exigirán un tratamiento escalonado.

| Medicamentos solicitados   | Tratamiento escalonado   |
|--|--|
| <b>Estimulantes de glóbulos rojos</b>  |  |
| Mircera  | Se exige probar 2 de los siguientes medicamentos: Retacrit*, Procrit*, Epogen* o Aranesp.* |
| <b>Estimulantes de glóbulos blancos</b>  |  |
| Neupogen   | Se exige probar Zarxio y Nivestym.   |
| Granix   | Se exige probar Zarxio y Nivestym.   |
| Releuko  | Se exige probar Zarxio y Nivestym.   |
| Nyvepria   | Se exige probar Neulasta y Udenyca.  |
| Ziextenzo  | Se exige probar Neulasta y Udenyca.  |
| Fulphila   | Se exige probar Neulasta y Udenyca.  |
| Rolvedon   | Se exige probar Neulasta y Udenyca.  |
| Flynetra   | Se exige probar Neulasta y Udenyca.  |
| Stimufend  | Se exige probar Neulasta y Udenyca.  |
| <b>Medicamentos para inhibir el sistema inmunitario (anti TNF)</b>                           |  |
| Renflexis  | Se exige probar Avsola e Inflectra.  |
| Remicade   | Se exige probar Avsola e Inflectra.  |
| Infliximab   | Se exige probar Avsola e Inflectra.  |
| <b>Reemplazo de enzimas (enfermedad de Gaucher)</b>  |  |
| VPRIV  | Se exige probar Cerezyme.  |
| Ellyso   | Se exige probar Cerezyme.  |
| <b>Medicamentos para tratar el cáncer (anti VEGF)</b>  |  |
| Avastin  | Se exige probar Mvasi y Zirabev.   |
| Alymsys  | Se exige probar Mvasi y Zirabev.   |
| Vegzelma   | Se exige probar Mvasi y Zirabev.   |
| <b>Medicamentos para tratar el cáncer o para inhibir el sistema inmunitario (anticuerpo)</b> |  |
| Rituxan  | Se exige probar Ruxience y Truxima.  |
| Riabni   | Se exige probar Ruxience y Truxima.  |
| <b>Medicamentos para tratar el cáncer (tratamiento dirigido al receptor HER2)</b>            |  |
| Herceptin  | Se exige probar Kanjinti y Trazimera.  |
| Ogivri   | Se exige probar Kanjinti y Trazimera.  |
| Herzuma  | Se exige probar Kanjinti y Trazimera.  |
| Ontruzant  | Se exige probar Kanjinti y Trazimera.  |

\* Además del requisito de tratamiento escalonado, se aplican los requisitos de las pautas de cobertura locales y nacionales de Medicare.

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。