



# 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* (EOC, por sus siglas en inglés).

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.
Neulasta	Se exige probar Nyvepria y Udenyca.
Ziextenzo	Se exige probar Nyvepria y Udenyca.
Fulphila	Se exige probar Nyvepria y Udenyca.
Rolvedon	Se exige probar Nyvepria y Udenyca.
Flynetra	Se exige probar Nyvepria y Udenyca.
Stimufend	Se exige probar Nyvepria 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.
<b>Reemplazo de enzimas (enfermedad de Gaucher)</b>	
ElELYso	Se exige probar Cerezyme y VPRIV.
<b>Medicamentos para tratar el cáncer (anti-VEGF)</b>	
Avastin	Se exige probar Mvasi y Zirabev.
Alymsys	Se exige probar Mvasi y Zirabev.
<b>Medicamentos para tratar el cáncer o para inhibir el sistema inmunitario (anticuerpo monoclonal)</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.

Blue Shield of California (BSC) se basa en las leyes, reglamentos, Determinaciones de Cobertura Nacionales (NCD, por sus siglas en inglés), Determinaciones de Cobertura Locales (LCD, por sus siglas en inglés) y artículos de política de Medicare para determinar la cobertura de pedidos de medicamentos de la Parte B, si corresponde.

Si los criterios de cobertura no están plenamente establecidos o no hay leyes, reglamentaciones, NCD o LCD de Medicare que sean aplicables, se usarán las políticas sobre medicamentos de la Parte B de Medicare de BSC.

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。