



SeniorCare (Cost)

**SCOTT & WHITE
HEALTH PLAN**

Texas Friendly

Medicamentos que necesitan autorización previa para determinar la cobertura de la Parte B en lugar de la Parte D para el año 2011

El siguiente listado de medicamentos puede estar cubierto por el plan Medicare Parte A o D, según las circunstancias. Es posible que se necesite presentar información que describa el uso y el entorno del medicamento a los fines de tomar una determinación

ALIMTA

AMIFOSTINA

ARANESP

AZATHIOPRINA

BLEOMYCIN

CAMPATH

CARIMUNE

CELLCEPT

CICLOFOSFAMIDA

CICLOSPORINA

ENGERIX-B

GAMMAGARD

GAMUNEX

GENGRAF

LEUKINA

MITOXANTRONA

MOFETIL MICOFENOLATO

MYFORTIC

NEORAL

NEULASTA

NEUMEGA

NEUPOGEN

OCTAGAM

ORENCIA

PAMIDRONATO

PROCRIT

PROGRAF

PROLEUKIN

RAPAMUNE

RECOMBIVAX HB

REMICADE

RITUXAN

SOMATULINE DEPOT

TACROLIMUS

TOXOIDE TETÁNICO ABSORBIDO

TRISENOX

VELCADE

VIDAZA

VIVAGLOBIN

ZOMETA

11/2010

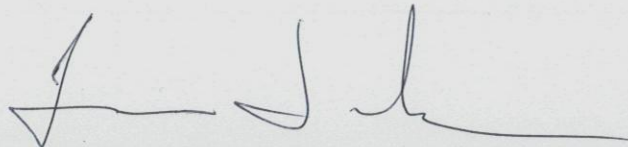
CERTIFIED TRANSLATION
Document Translated by
Professional Translator:



Certification of Translator's Competency

*I, undersigned Luciano Oliveira, Certified Translator, do hereby certify this is a faithful
Translation of a document submitted to me in English, to be translated into Spanish.*

*7 Brands Inc.,
4101 B Broadway # 204
L.I.C. NY 11103*



CERTIFIED TRANSLATION
Document Translated by
Professional Translator:



11/2010