

Tratamiento escalonado

Pautas de necesidad médica

Entrada en vigencia: 1 de junio de 2023

Actualizado: 1 de junio de 2023

Estas pautas se actualizaron el 1 de junio de 2023. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Mass General Brigham Health Plan. Visite [MassGeneralBrighamAdvantage.org/Rx-information](https://www.massgeneralbrighamadvantage.org/Rx-information) para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Puede comunicarse con nuestro equipo de Servicio de atención al cliente llamando al: **855-833-3668** (TTY: 711)

Del 1.º de octubre al 31 de marzo

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a domingo

Del 1.º de abril al 30 de septiembre

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes

Mass General Brigham Advantage Secure (HMO-POS),
Mass General Brigham Advantage (PPO)
y Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)

Mass General Brigham Health Plan es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare que ofrece planes de una Organización para el Mantenimiento de la Salud con beneficios adicionales de Punto de Servicio (Health Maintenance Organization-Point of Sale, HMO-POS) y una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO). La inscripción en Mass General Brigham Health Plan depende de la renovación del contrato.

Criterios de tratamiento escalonado

Grupo de tratamiento escalonado BIFOSFONATOS

Nombres del medicamento FOSAMAX PLUS D

Criterios de tratamiento escalonado Se proporcionará cobertura si se ha probado alendronato, ibandronato o risedronato (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de tratamiento escalonado INHIBIDORES DE HMG-COA

Nombres del medicamento ALTOPREV, EZALLOR SPRINKLE, LIVALO, ZYPITAMAG

Criterios de tratamiento escalonado Se proporcionará cobertura si se han probado atorvastatina, ezetimiba/simvastatina, fluvastatina, fluvastatina de liberación prolongada, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina en comprimidos, simvastatina en comprimidos o amlodipina/atorvastatina (al menos un suministro para 30 días) en los 180 días anteriores.

Grupo de tratamiento escalonado LEVALBUTEROL

Nombres del medicamento TARTRATO DE LEVALBUTEROL HFA

Criterios de tratamiento escalonado Se proporcionará cobertura si se ha probado el uso de albuterol HFA o Ventolin HFA (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.

Grupo de tratamiento escalonado ESTEROIDES NASALES

Nombres del medicamento FUROATO DE MOMETASONA, OMNARIS

Criterios de tratamiento escalonado Se proporcionará cobertura si se ha probado el pulverizador nasal genérico de fluticasona (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.

Grupo de tratamiento escalonado PPI

Nombres del medicamento ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO, LANSOPRAZOL

Criterios de tratamiento escalonado Se proporcionará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: omeprazol en cápsulas, pantoprazol en comprimidos o lansoprazol en cápsulas (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de tratamiento escalonado ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS

Nombres del medicamento HIDROBROMURO DE DARIFENACINA, TARTRATO DE TOLTERODINA ER

Criterios de tratamiento escalonado Se proporcionará cobertura si se han probado fesoterodina, mirabegrón, oxibutinina, oxibutinina de liberación prolongada, solifenacina en comprimidos, tolterodina en comprimidos, trospio de liberación inmediata o vibegron (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).