

Programa de Medicamentos de Tratamiento Escalonado de la Parte B de Medicare

El tratamiento escalonado es un tipo de autorización previa para medicamentos que tratan afecciones específicas. El proceso del tratamiento escalonado comienza con el tratamiento farmacológico más preferido y avanza a otros tratamientos solo si es necesario, para fomentar mejores decisiones clínicas.

Proceso del tratamiento escalonado:

- Solo se requiere para el nuevo inicio del tratamiento o la administración de medicamentos de la Parte B en el caso de las personas inscritas que no estén recibiendo activamente el medicamento afectado en los últimos 365 días.
- Se puede solicitar una excepción al tratamiento escalonado para los tratamientos no preferidos.

Los proveedores de atención médica pueden obtener el tratamiento farmacológico preferido de manera práctica en farmacias que pueden enviar los medicamentos directamente a su consultorio. Visite <https://astivahealth.com/en-us/pharmacy> para ver el directorio de farmacias de la red. Para acceder al servicio de farmacia de pedido por correo de medicamentos especializados de Elixir, envíe la receta por correo electrónico usando el código NCPDP 36-79252. O bien por fax al 877-309-0687 o por el teléfono al 877-437-9012. La dirección de correo postal es: 7835 Freedom Ave. NW, North Canton, OH 44720.

Polímeros de ácido hialurónico

Criterios de tratamiento escalonado para productos no preferidos

Los productos no preferidos pueden estar cubiertos cuando se cumple alguno de los criterios que se mencionan a continuación:

- Prueba y error de uno de los siguientes: Durolane, Gelsyn-3 y Synvisc/Synvisc-One, lo que produjo una respuesta clínica mínima al tratamiento.
- Antecedentes de intolerancia o eventos adversos a alguno de los siguientes: Durolane, Gelsyn-3 y Synvisc/Synvisc-One.
- Continuación del tratamiento anterior en los últimos 365 días.

	Producto(s) preferido(s)	Producto(s) no preferido(s)	
Viscosuplementos	Durolane	Euflexxa	Orthovisc
	Gelsyn-3	Gel-One	Supartz, Supartz Fx
	Synvisc, Synvisc-One	Genvisc 850	Synjoynt
		Hyalgan	Triluron
		Hymovis	TriVisc
		Monovisc	Visco-3

Análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas para oncología

Criterios de tratamiento escalonado para productos no preferidos

Los productos no preferidos pueden estar cubiertos cuando se cumple alguno de los criterios que se mencionan a continuación:

- Prueba y error de acetato de leuprorelina, por 7.5 mg.
- Antecedentes de intolerancia o eventos adversos al acetato de leuprorelina, por 7.5 mg.
- Continuación del tratamiento anterior en los últimos 365 días.

	Producto(s) preferido(s)	Producto(s) no preferido(s)	
Análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas	Lupron Depot	Trelstar	Eligard
		Zoladex	

Agentes estimulantes de la eritropoyesis

Criterios de tratamiento escalonado para productos no preferidos

Los productos no preferidos pueden estar cubiertos cuando se cumple alguno de los criterios que se mencionan a continuación:

- Antecedentes de uso de Retacrit que produjo una respuesta clínica mínima al tratamiento.
- Antecedentes de intolerancia o eventos adversos a Retacrit.
- Continuación del tratamiento anterior en los últimos 365 días.

Agentes estimulantes de la eritropoyesis	Producto(s) preferido(s)	Producto(s) no preferido(s)
	Retacrit	Epogen Procrit