

Plan Health Pointe Direct Complete (HMO SNP) Plan Medicare Parte D

Criterios de terapia escalonada

Última actualización 11/01/2020

Productos afectados

ALENZIN 174 MG ER TABLETAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con bupropión genérico de liberación sostenida o bupropión genérico de liberación prolongada.

Productos afectados

APLENZIN 348 MG ER TABLETAS

Detalles

Criterio	La terapia escalonada requiere ensayo con bupropión genérico de liberación sostenida o bupropión genérico de liberación prolongada.
----------	---

Productos afectados

APLENZIN 522 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA

Detalles

Criterios	La terapia escalonada requiere ensayo con bupropión genérico de liberación sostenida o bupropión genérico de liberación prolongada.
-----------	---

Productos afectados

ARANESP 10 MCG/0,4 ML JERINGA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 100 MCG/ML INYECTABLE

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 100 MCG/0,5 ML JERINGA

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 150 MCG/0,3 ML JERINGA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 200 MCG/ML INYECTABLE

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 200 MCG/0,4 ML JERINGA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 25 MCG/ML INYECTABLE

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 25 MCG/0,42 ML JERINGA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 300 MCG/ML INYECTABLE

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 300 MCG/0,6 ML JERINGA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 40 MCG/ML INYECTABLE

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 40 MCG/0,4 ML JERINGA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 500 MCG/ML JERINGA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 60 MCG/ML INYECTABLE

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

ARANESP 60 MCG/0,3 ML JERINGA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con RETACRIT.

Productos afectados

DRIZALMA 20 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

DRIZALMA 30 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

DRIZALMA 40 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

DRIZALMA 60 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

duloxetina 40 mg cápsulas de liberación retardada

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

ESTRING 2 MG ANILLO VAGINAL

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con CREMA VAGINAL PREMARIN O crema vaginal de estradiol genérico.

Productos afectados

febuxostat 40 mg tabletas

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con alopurinol.

Productos afectados

febuxostat 80 mg tabletas

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con alopurinol genérico.

Productos afectados

FETZIMA PAQUETE

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

FETZIMA 120 MG ER CÁPSULAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

FETZIMA 20 MG ER CÁPSULAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

FETZIMA 40 MG ER CÁPSULAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

FETZIMA 80 MG CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

maleato de fluvoxamina 100 mg er cápsulas

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

maleato de fluvoxamina 150 mg cápsulas de liberación prolongada

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

LATUDA 120 MG TABLETAS

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con quetiapina genérica.

Productos afectados

LATUDA 20 MG TABLETAS

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con quetiapina genérica.

Productos afectados

LATUDA 40 MG TABLETAS

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con quetiapina genérica.

Productos afectados

LATUDA 60 MG TABLETAS

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con quetiapina genérica.

Productos afectados

LATUDA 80 MG TABLETAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con quetiapina genérica.

Productos afectados

LONHALA 0,0025% SOLUCIÓN PARA INHALAR

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con INCRUSE.

Productos afectados

SPIRIVA RESPIMAT 1,25 MCG INHALADOR

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con ADVAIR HFA, BREO, DULERA, FLUTICASONA/SALMETEROL o wixela.

Productos afectados

SYMPAZAN 10 MG TIRAS

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con tabletas de clobazam genérico.

Productos afectados

SYMPAZAN 20 MG TIRAS

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con tabletas de clobazam genérico.

Productos afectados

SYMPAZAN 5 MG TIRAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con tabletas de clobazam genérico.

Productos afectados

TRINTELLIX 10 MG TABLETAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

TRINTELLIX 20 MG TABLETAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

TRINTELLIX 5 MG TABLETAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

VIIBRYD 10 MG TABLETAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

VIIBRYD 10/20 MG KIT DE INICIO

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

VIIBRYD 20 MG TABLETAS

Detalles

Criterios	La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.
-----------	---

Productos afectados

VIIBRYD 40 MG TABLETAS

Detalles

Criterios La terapia escalonada requiere ensayo con uno de los siguientes SSRI genéricos: escitalopram, sertralina, fluoxetina, citalopram, paroxetina o fluvoxamina. Si se solicita para duloxetina, no se requiere terapia escalonada para neuropatía periférica diabética, fibromialgia o dolor osteomuscular crónico.

Productos afectados

ZENPEP 10000-32000-42000 UNIDADES CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con CREON.

Productos afectados

ZENPEP 15000-47000-63000 UNIDADES CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con CREON.

Productos afectados

ZENPEP 20000-63000-84000 UNIDADES CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con CREON.

Productos afectados

ZENPEP 25000-79000-105000 UNIDADES CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con CREON.

Productos afectados

ZENPEP 3000-10000-14000 UNIDADES CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con CREON.

Productos afectados

ZENPEP 40000-126000-168000 UNIDADES CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con CREON.

Productos afectados

ZENPEP 5000-17000-24000 UNIDADES CÁPSULAS DE LIBERACIÓN RETARDADA

Detalles

Criterio La terapia escalonada requiere ensayo con CREON.



El Plan Health Pointe Direct Complete (HMO I-SNP) tiene obligación de proporcionar la siguiente información en virtud de las leyes federales.

Declaración de no discriminación: El Plan Health Pointe Direct Complete (HMO I-SNP) cumple con las leyes federales sobre derechos civiles correspondientes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Plan Health Pointe Direct Complete no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Plan Health Pointe Direct Complete ofrece dispositivos o servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, por ejemplo: intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formato (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). El Plan Health Pointe Direct Complete ofrece servicios de idiomas para las personas que no hablan inglés como lengua materna, tales como: intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, contáctese con el Centro de Atención a Clientes llamando al 1-844-269-3442.

Presentación de un reclamo o una queja: Si cree que el Plan Health Pointe Direct Complete (HMO I-SNP) no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Reclamos está a su disposición para ayudarlo. Puede presentar un reclamo en persona o enviarlo por correo, fax o correo electrónico:

Grievance Department
810 7th Ave, Suite 801
Nueva York, NY 10019
Teléfono: 1-844-269-3442
Correo electrónico: Grievance@healthpointeny.com

También puede presentar un reclamo sobre sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, la Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de la Oficina de Reclamos de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-269-3442 (TTY 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-269-3442 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电1-844-269-3442 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-844-269-3442 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-269-3442 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-269-3442 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ không dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương trình bảo hiểm thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-269-3442 (TTY 711). sẽ nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-269-3442 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-269-3442 (TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.



Health Pointe

of New York

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-269-3442 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic:

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. سيقوم شخص ما يتحدث 24439624481 للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على. ميساعدتك. هذه خدمة مجانية للأعرابية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-269-3442 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-269-3442 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-269-3442 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-269-3442 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-269-3442 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-269-3442 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。