

Tu Programa de Farmacia

*Vigente a partir del 1.º de enero
de 2008*



MASSACHUSETTS

Índice

Introducción	1
Autorización Previa	2–3
Terapia Escalonada	4–5
Dosificación de Atención de Calidad	6–11
Medicamentos no Cubiertos	12–15
Nuevo Procedimiento para la Aprobación de Medicamentos. . .	16
Notas	17

Introducción

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts permanece comprometida para ofrecer cobertura de medicamentos recetados de calidad a precio accesible que satisfaga las necesidades de nuestros miembros. Hemos desarrollado nuestras normas de cobertura de medicamentos recetados para ayudarte a aprovechar al máximo tu programa de farmacia.

Estas normas incluyen:

- *Autorización Previa*
- *Terapia Escalonada*
- *Dosificación de Atención de Calidad*
- *Medicamentos no Cubiertos*
- *Nuevo Procedimiento para la Aprobación de Medicamentos*

Los medicamentos afectados por estas normas se encuentran enumerados en todo este folleto.*

Para obtener información adicional sobre tu Programa de Farmacia o medicamentos recetados, visita la sección **Programa de Farmacia** en el sitio web www.bluecrossma.com. Además, puedes llamar sin cargo al número telefónico del Servicio de Atención al Miembro que figura en el frente de tu tarjeta de identificación.

* Ten en cuenta que las normas y la lista de medicamentos afectados se encuentran sujetos a cambios de tiempo en tiempo.

Autorización Previa

Tu médico debe obtener autorización previa antes de recetar medicamentos específicos. Generalmente, esto se requiere en los casos donde el paciente debe cumplir determinados criterios de necesidad médica para poder recibir la cobertura.

Para consultar la lista más actualizada de los medicamentos que requieren autorización previa, visita nuestro sitio web www.bluecrossma.com, haz clic en **Programa de Farmacia** y dirígete a **Medicamentos que Requieren Autorización Previa**.

Otra parte de nuestro programa de autorización previa es la terapia escalonada. Consulta las páginas 4 y 5 para obtener un listado de los medicamentos que requieren terapia escalonada.

Lista de Autorización Previa

Esta lista de medicamentos que requieren autorización previa se encuentra actualizada al 1.º de enero de 2008 y puede cambiar de tiempo en tiempo.

** Aldurazyme™	Ciclosporina
** Amevive®	Cytoxan®
Anfetaminas	Desoxyn®
Aranesp® (QCD)	Dextroanfetaminas (p. ej. Dexedrine®)
Azatioprina	Elidel®
Toxina botulínica (BoTox)	Enbrel® (QCD)
Cellcept®	** Fórmula enteral
** Ceredase®	Epogen® (QCD)
** Cerezyme®	** Fabrazyme®
Esmalte para uñas de ciclopirox (QCD)	** Factor VIII, VIIIa y IX

** Se requiere autorización previa (de Medicamentos no Cubiertos) para los miembros con excepciones de la lista aprobada*

*** Cubiertos únicamente por el beneficio médico*

Se aplican los límites de la Dosificación de Atención de Calidad (QCD)

Se requiere autorización previa (S) para los miembros de Medex® únicamente

Forteo[®] (QCD)

Hormona de crecimiento

Humira[™] (QCD)

Interferones (*alpha, gamma*)

Itraconazole (QCD)

** Inmunoglobulina IV

Kineret[®]

Lamisil[®] (QCD)

Orencia[™]

Penlac[®] (QCD)

** Morfina sin preservativos

Procrit[®] (QCD)

Prograf[®]

** Prolastin[®]

Protopic[®]

Provigil[®]

Rapamune[®]

Raptiva[™]

Remicade[®]

** SyncytialVirus IG/
Synagis[®] Respiratorio

Revatio[®]

Simulect[®]

Somavert[®]

* Sporonox[®] (QCD)

Strattera[™] (QCD)

Terbinafina (QCD)

Derivados tópicos del ácido
retinoico (p. ej. Retin A[®])

** TPN (*nutrición parenteral total*)

VePesid[®]

Xenical[®]

Zenapax[®]

* Se requiere autorización previa (de Medicamentos no Cubiertos) para los miembros con excepciones de la lista aprobada

** Cubiertos únicamente por el beneficio médico

Se aplican los límites de la Dosificación de Atención de Calidad (QCD)

Se requiere autorización previa (S) para los miembros de Medex[®] únicamente

Terapia Escalonada

La terapia escalonada es una parte clave de nuestro programa de autorización previa que nos permite ayudar a tu médico para que te brinde un tratamiento adecuado y accesible de medicamentos. Antes de que se apruebe la cobertura para determinados medicamentos costosos del “segundo paso”, primero debes intentar con un medicamento del “primer paso” que sea eficaz, pero menos costoso.

Lista de Terapia Escalonada

Esta lista se encuentra actualizada al 1.º de enero de 2008 y se encuentra sujeta a cambios de tiempo en tiempo. Puedes encontrar la información más actualizada con respecto a un medicamento recetado específico en nuestro sitio web www.bluecrossma.com.

Medicamentos antidepresivos

Celexa® (QCD)

Cymbalta®

Effexor® (QCD)

Effexor XR® (QCD)

Lexapro™ (QCD)

* Luvox® (QCD)

Paxil® (QCD)

* Paxil CR™ (QCD)

* Pexeva™ (QCD)

Prozac® (QCD)

* Prozac® Weekly™ (QCD)

* Sarafem™ (QCD)

Wellbutrin SR® (100 mg,
150 mg) (QCD)

* Wellbutrin SR® (200 mg) (QCD)

* Wellbutrin XL™ (QCD)

Zoloft® (QCD)

Control del asma

* Accolate®

Advair® Discus® (QCD)

Advair® HFA (QCD)

Singulair®

Symbicort® (QCD)

* Zflo®

* Zflo® CR

Tratamiento para el asma con inhalación de rápida acción

Xopenex®

** Se requiere terapia escalonada (de Medicamentos no Cubiertos) para los miembros con excepciones de la lista aprobada. Se aplican los límites de la Dosificación de Atención de Calidad (QCD)*

Medicamentos cardiovasculares

Inspira™

Tratamiento del colesterol

Advicor™

* Altoprev™

Crestor® (QCD)

* Lescol® (QCD)

* Lescol XL® (QCD)

Lipitor® (QCD)

* Mevacor® (QCD)

Pravachol® (QCD)

Vytorin™ (QCD)

Zetia™ (QCD)

Zocor® (QCD)

Control de la diabetes

Exubera®

Janumet™

Januvia™

Medicamentos gastrointestinales

(Inhibidores de bombas de protones)

* Aciphex™ (QCD)

* Nexium™ (QCD)

* Prevacid® (QCD)

* Prilosec® (QCD)

Protonix® (QCD)

* Zegerid® (QCD)

Corazón, modificadores de la sangre y circulación

* Atacand®

* Atacand HCT®

Avalide®

Avapro®

Benicar®

Benicar HCT™

* Cozaar®

Diovan®

Diovan HCT®

* Hyzaar®

* Micardis®

* Micardis HCT®

* Teveten®

* Teveten HCT®

Tratamiento del insomnio

Ambien™ (QCD)

* Ambien CR™ (QCD)

Lunesta™ (QCD)

* Rozerem™ (QCD)

Sonata® (QCD)

Analgésicos (inhibidores de la Cox-2)

Celebrex® (QCD)

Tratamiento de la próstata

Avodart®

Proscar®

* Se requiere terapia escalonada (de Medicamentos no Cubiertos) para los miembros con excepciones de la lista aprobada. Se aplican los límites de la Dosificación de Atención de Calidad (QCD)

Dosificación de Atención de Calidad

Los esfuerzos de la Dosificación de Atención de Calidad ayudan a controlar la cantidad y la dosis de medicamentos que un paciente recibe de acuerdo con las recomendaciones de la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), así como también la información clínica y del fabricante. *Los cambios en tu medicación se efectuarán con la aprobación de tu médico.*

Cuando completas una receta para uno de los siguientes medicamentos, tu receta se revisa electrónicamente de dos maneras:

- *Consolidación de la dosis:* Revisa si estás tomando dos o más píldoras por día, que puedan ser reemplazadas por una píldora que brinde la misma dosis diaria.
- *Nivel de dosificación mensual recomendada:* Revisa que tu dosis mensual concuerde con las recomendaciones de dosis mensuales del fabricante y de la FDA, y la información clínica.

Para obtener la lista más actualizada de medicamentos sujetos a la Dosificación de Atención de Calidad, junto con los límites de dosis relacionados, visita nuestro sitio web www.bluecrossma.com, haz clic en **Programa de Farmacia** y dirígete a la sección **Dosificación de Atención de Calidad**.

Ten en cuenta que tu médico puede solicitar una excepción a las pautas de los medicamentos que se encuentran sujetos a la Dosificación de Atención de Calidad (cuando sea médicamente necesario).

Lista de Dosificación de Atención de Calidad

Esta lista de medicamentos que se encuentran en nuestro programa de Dosificación de Atención de Calidad está actualizada al 1.º de enero de 2008 y puede cambiar de tiempo en tiempo.

* Aciphex™ (ST)

Actonel®

ACTOplus met™

Actos®

Acular®/PF/LS

Adderall XR™

Advair® Discus® (ST)

Advair® HFA (ST)

Advicor® (ST)

* Aerobid®

* Aerobid®-M

* Alamast™

Albuterol e inhalador HFA

* Allegra®

* Allegra® D

* Alocril®

Alomide®

* Alora®

* Alex™

Inhalador Alupent®

Ambien™ (ST)

* Ambien™ CR (ST)

Amerge™

Amlodipina

* Anzemet®

Aranesp® (PA)

Arava®

Arixtra®

* Asmanex® Twisthaler®

Astelín®

Atrovent® (aerosol nasal)

Atrovent® HFA

Avandamet™

Avandia®

Avonex®

* Axert®

* Azmacort®

Beclovent®

* Beconase®

* Beconase® AQ

Betaseron®

* Boniva®

Budeprion™ SR

Budeprion™ XL

Bupropion SR

Bupropion XL

Butorphanol NS

Cabergolina

* Caduet®

* Cardura®

* Se aplican los límites de Dosisificación de Atención de Calidad (de Medicamentos no Cubiertos) a los miembros con excepciones de la lista aprobada

Se requiere autorización previa (PA)

Se requiere terapia escalonada (ST)

*Cardura XL®	Enbrel® (PA)
Catapres TTS®	Epogen® (PA)
Celebrex™ (ST)	*Esclim®
Celexa® (ST)	Estraderm®
*Cesamet™	Parches de estradiol
Esmalte para uñas con ciclopirox (PA)	*Estrasorb®
Citalopram	*Estrogel®
*Clarinox®	*Famvir®
*Clarinox®D	*Fexofenadina
Climara®	Flonase®
Climara® Pro	Flovent®, HFA y Rotadisk
Combivent®	Fluconazola (solamente 150 mg)
Concerta®	Flunisolid
Copaxone®	Fluoxetina
Crestor® (ST)	Fluticasona
Crolom®	Fluvoxamina
Cromolina	Foradil®
Diflucan® (solamente 150 mg)	Forteo® (PA)
Dostinex®	Fosamax®
Doxazosina	Fragmin®
Effexor® XR (ST)	*Frova™
*Elestat™	Tiras reactivas para glucosa (Todas)
Emadine®	Humira® (PA)
Emend®	*Hytrin®

* Se aplican los límites de Dosificación de Atención de Calidad (de Medicamentos no Cubiertos) a los miembros con excepciones de la lista aprobada

Se requiere autorización previa (PA)

Se requiere terapia escalonada (ST)

Imitrex [®]	*Mevacor [®] (ST)
Imitrex [®] jeringa	Migranal [®]
Infergen [®] (PA)	Mirtazapina
Intal [®]	*Mobic [®] (ST)
Ipratropium NS [®]	*Nasacort [®]
Itraconazole (PA)	*Nasacort [®] AQ
Ketotifen fumarate	*Nasalide [®]
*Kytrel [™]	*Nasarel [®]
Lamisil [®] (PA)	Nasonex [®]
Leflunomida	NebuPent [™]
*Lescol [®] (ST)	Nefazodona
*Lescol [®] XL (ST)	Neulasta [®]
Lexapro [™] (ST)	Neupogen [®]
Lipitor [®] (ST)	*Nexium [™] (ST)
*Livostin [®]	Norvasc [®]
Lotronex [®]	Omeprazol
Lovastatina	Ondansetron
Lovenox [®]	*Optivar [™]
Lunesta [™] (ST)	Paroxetina
Maxair [™]	*Pataday [™]
Maxair [™] Autohaler [™]	Patanol [®]
*Maxalt [®]	Paxil [™] (ST)
*Maxalt [®] -MLI [™]	*Paxil [™] CR (ST)
Meloxicam	Pegasys [®] (PA)
*Menostar [®]	PEG-Intron [®] (PA)

* Se aplican los límites de Dosisificación de Atención de Calidad (de Medicamentos no Cubiertos) a los miembros con excepciones de la lista aprobada

Se requiere autorización previa (PA)

Se requiere terapia escalonada (ST)

Penlac [®] (PA)	Restasis [®]
*Pexeva [™] (ST)	*Rhinocort [®]
Pravachol [®] (ST)	*Rhinocort [®] Aqua [™]
Pravastatina	*Rozerem [™] (ST)
*Pravigard [™] PAC	*Sarafem [™] (ST)
Prevacid [®] (ST)	Serevent [®] Diskus [®]
Prevpac [®]	Sertralin
*Prilosec [™] (ST)	Serzone [®]
ProAir [™] HFA	Simvastatina
Procrit [®] (PA)	Sonata [®] (ST)
Protonix [®] (ST)	Spiriva [®]
Proventil [®] HFA	*Sporanox [®] (PA)
*Inhalador Proventil [®]	Stadol NS [®]
Prozac [®] (ST)	Strattera [™] (PA)
*Prozac [®] Weekly (ST)	Symbicort [®] (ST)
Pulmicort [®] Flexhaler [™]	Symbyax [™]
Pulmicort [®] Respules [™]	Terazosina
Pulmicort [®] Turbuhaler [®]	Terbinafina (PA)
Qualaquin [®]	Tilade [®]
QVAR [™]	*Tornalate [®]
Rapiflux [®]	*Tri-Nasal [®]
Rebetron Combination [™] (PA)	Valtrex [®]
Rebif [®]	Vancenase [®]
Relpax [®]	Vancenase [®] AQ
*Remeron [®]	*Vanceril [®]

** Se aplican los límites de Dosificación de Atención de Calidad (de Medicamentos no Cubiertos) a los miembros con excepciones de la lista aprobada*

Se requiere autorización previa (PA)

Se requiere terapia escalonada (ST)

*Vanceril[®] DS

*Ventolin[®]

*Ventolin[®] HFA

*Ventolin[®] Rotocaps

Vigamox[™]

Vivelle[®]

Vivelle[®] DOT

Vytorin[™] (ST)

Wellbutrin SR[®]

(100 mg, 150 mg) (ST)

*Wellbutrin SR[®] (200 mg) (ST)

*Wellbutrin XL[™] (ST)

*Zaditor[™]

*Zegerid[®] (ST)

Zelnorm[®]

Zetia[™] (ST)

Zocor[®] (ST)

Zofran[®]

Zoloft[™] (ST)

Zolpidem

Zomig[®]

Zymar[™]

*Zyrtec[®]

*Zyrtec[®] D

* Se aplican los límites de Dosificación de Atención de Calidad (de Medicamentos no Cubiertas) a los miembros con excepciones de la lista aprobada

Se requiere autorización previa (PA)

Se requiere terapia escalonada (ST)

Medicamentos no Cubiertos

Tu Programa de Farmacia brinda cobertura para más de 4,000 medicamentos recetados. La mayoría de los medicamentos en nuestra lista de medicamentos no cubiertos tienen alternativas cubiertas igualmente seguras y eficaces para tratar las mismas afecciones médicas. Consulta con tu médico las alternativas adecuadas si actualmente tomas cualquiera de estos medicamentos.

Para consultar la lista más actualizada de medicamentos no cubiertos y sus alternativas cubiertas, visita nuestro sitio web www.bluecrossma.com, haz clic en **Programa de Farmacia** y dirígete a la sección de **Medicamentos no Cubiertos**.

Ten en cuenta que tu médico puede solicitar cobertura para un medicamento no cubierto si no existen alternativas adecuadas para tratar tu afección.

Lista de Medicamentos no Cubiertos

Esta lista de medicamentos no cubiertos se encuentra actualizada al 1.º de enero de 2008 y puede cambiar de tiempo en tiempo.

Abilify® DiscMelt™	Airet®	Angeliq®
Accolate® (ST)	Alamast™ (QCD)	Antara™
AccuNeb®	Allegra® (QCD)	Anzemet® (QCD)
Accupril®	Allegra® D (QCD)	Apidra®
Accuretic®	Alocril® (QCD)	Ascensia™, suministros para exámenes de diabetes (QCD)
Accutane®	Alora® (QCD)	Asmanex®
Accon®	Alrex™ (QCD)	Twisthaler® (QCD)
Aciphex™ (QCD) (ST)	Altabax®	Assure®, suministros para exámenes de prodiabetes (QCD)
Activella®	Altace™	Atacand™ (ST)
Adalat® CC	Altoprev™ (ST)	Atacand HCT™ (ST)
Aerobid® (QCD)	Ambien CR® (QCD) (ST)	
Aerobid-M® (QCD)	Amitiza®	

Se requiere autorización previa (PA) para los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Se aplican los límites de la Dosificación de Atención de Calidad (QCD) a los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Se requiere terapia escalonada (ST) para los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Ativan [®]	Combunox [®]	Famvir [®] (QCD)
Atopiclair [™]	Coreg CR [™]	FazaClo [®]
Augmentin XR [™]	Cozaar [®] (ST)	Femtrace [®]
Avinza [™]	Darvocet [®] N-100	Fentora [®]
Avita [®]	Daypro [™]	Fertinex [®]
Axert [®] (QCD)	Daytrana [™]	Fexofenadina (QCD)
Axid [®]	Demulen [®]	Fioricet [®]
Azmacort [™] (QCD)	Depo-Sub Q Provera 104 [™]	Flagyl [®]
B-D [™] suministros para exámenes de diabetes (QCD)	DermOtic [®]	Flagyl [®] ER
Beconase [®] AQ (QCD)	Desogen [®]	Focalin [™]
Bionect [®]	Dilacor XR [®]	Focalin [™] XR
Boniva [®] (QCD)	Dipentum [®]	Follistim [®] /AQ
Brevicon [®]	Dispermox [™]	Fortamet [®]
Caduet [®] (QCD)	Divigel [®]	Freestyle [®] , suministros para diabéticos (QCD)
Capoten [®]	Doryx [®]	Fresh Kote [™]
Cardene [®]	Dynabac [®]	Frova [™] (QCD)
Cardene [®] SR	Dynacin [®]	Glucometer [®] , suministros para diabéticos (QCD)
Cardizem [®] CD	Dynacirc [®]	Glumetza [™]
Cardizem [®] LA	Dynacirc [®] CR	Hylira [®]
Cardura XL [®] (QCD)	Dytan [™]	Hytrin [®] (QCD)
Cataflam [®]	Elestat [™] (QCD)	Hyzaar [®] (ST)
Ceclor [®]	Emsam [®]	IB-Stat [®]
Ceclor [®] CD	Enablex [®]	InnoPran XL [™]
Cedax [®]	Enjuvia [®]	Invega [™]
Cenestin [™]	Equetro [™]	Istalol [™]
Centany [®]	Ertaczo [™]	Kadian [®]
Cesamet [™]	Esclim [™] (QCD)	Klonopin [™]
Chibroxin [™]	Estrasorb [®] (QCD)	Kytril [™] (QCD)
Cipro-XR [®]	Estroge [®] (QCD)	Lescol [®] (QCD)
Clarinox [®] (QCD)	ExacTech [®] , suministros para exámenes de diabetes (QCD)	Lescol XL [®] (QCD)
Clarinox [®] D (QCD)	Factive [®]	Levaquin [®]
Cleervue-M [™]		

Se requiere autorización previa (PA) para los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Se aplican los límites de la Dosificación de Atención de Calidad (QCD) a los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Se requiere terapia escalonada (ST) para los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Levlen [®]	Nasacort [®] (QCD)	Precision [®] , suministros para diabéticos (QCD)
Lexxel [™]	Nasacort [®] AQ (QCD)	Prestige [®] , suministros para exámenes de diabetes (QCD)
Livostin [®] (QCD)	Nasalide [®] (QCD)	Prevacid [®] NapraPAC [™]
Lodine [®]	Nasarel [™] (QCD)	Prilosec [®] (QCD) (ST)
Lodine [®] XL	Nevanac [™]	Prinivil [®]
Lofibra [™]	Nexavir [®]	Prinzide [®]
Lopressor [®]	Nexium [®] (QCD) (ST)	ProQuin [®] XR
Lorabid [™]	Niravam [®]	Proventil [®]
Lotensin [®]	Norinyl [®]	Inhalador Proventil [®] (QCD)
Lotensin [®] HCT	Noroxin [®]	Proventil [®] Repetab
Lovaza [™]	Nor-Q-D [®]	Prozac [®] Weekly [™] (QCD) (ST)
Lyrical [®]	Novacort [™]	Quixin [™]
Mavik [®]	Omnicef [®]	Raniclor [™]
Maxalt [®] Maxalt [®]	Opana [®] /ER	Raxar [®]
MLT [™] (QCD)	Optivar [™] (QCD)	Relafen [™]
Maxaquin [®]	Oracea [®]	Remeron [®] (QCD)
Maxipime [®]	Oramorph SR [™]	Rescula [®]
Megace [®] ES	Orapred [®] , pastillas disolubles (ODT)	Restoril [®]
Menostar [®] (QCD)	Ortho-Prefest [®]	Retin-A-Micro [®]
Metaglip [™]	Ovcon [®]	Rhinocort [®] (QCD)
Mevacor [®] (QCD) (ST)	Oxytrol [®]	Rhinocort Aqua [®] (QCD)
Micardis [®] (ST)	Panixine Disper Dose [™]	Risperdal [®] M-Tab
Micardis [®] HCT (ST)	Pataday [™] (QCD)	Ritalin LA [®]
Minocin [®]	Paxil CR [™] (QCD) (ST)	Rozerem [™] (QCD) (ST)
Minocin [®] envase combinado	PCE [®]	Rynatan [®]
Mobic [®] (QCD)	PCE [®] Dispertab [®]	Sanctura [™]
Monodox [®]	Penetrex [™]	Sarafem [®] (QCD) (ST)
Monopril [®]	Pepcid [®]	Seasonique [™]
Monopril [®] HCT	Percocet [®]	Skelid [®]
Naprelan [®]	Pergonal [®]	Sof-Tact [®] , suministros para diabéticos (QCD)
Naprosyn [®]	Pexeva [™] (QCD) (ST)	
Naprosyn [®] EC	Pravigard [™] PAC (QCD)	

Se requiere autorización previa (PA) para los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Se aplican los límites de la Dosificación de Atención de Calidad (QCD) a los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Se requiere terapia escalonada (ST) para los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Solodyn [®]	Ventolin [®] HFA (QCD)
Soltamox [™]	Ventolin [®] Rotocaps (QCD)
Spectracef [®]	Vesicare [®]
Sporanox [®] (QCD) (PA)	Vicodin [®]
Striant [®]	Vicodin [®] ES
Sular [®]	Voltaren [®]
Tagamet [®]	Voltaren [®] XR
Tekturna [®]	Vusion [™]
Tequin [™]	Welchol [®]
Teveten [®] (ST)	Wellbutrin [®] SR (200 mg) (QCD) (ST)
Teveten [®] HCT (ST)	Wellbutrin [®] XL (QCD) (ST)
Tiamate [®]	Xanax [®]
Tiazac [®]	Xanax [®] XR
Tindamax [™]	X-Clair [™]
Tornalate [®] (QCD)	Xenaderm [®]
Tretin-X [®] (PA)	Xibrom [®]
Tri-Levlen [®]	Xifaxan [®]
Trinalin [®]	Xolegel [™]
Tri-Nasal [®] (QCD)	Zaditor [™] (QCD)
Tri-Norinyl [®]	Zanaflex [™]
Tritec [®]	Zantac [®]
Ultract [™]	Zebeta [®]
Ultram [®] /ER	Zegerid [®] (ST)
Valium [®]	Zelapar [®]
Vanceril [®] (QCD)	Zestril [®]
Vanceril [®] DS (QCD)	Ziana [™]
Vanos [®]	Zmax [®]
Vantin [®]	Zyflo [®] (ST)
Vascretic [®]	Zyflo [®] CR (ST)
Vasotec [®]	Zyprexa [®] IM
Vectrin [®]	Zyrtec [®] (QCD)
Ventolin [®] (QCD)	Zyrtec D [®]

Se requiere autorización previa (PA) para los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Se aplican los límites de la Dosificación de Atención de Calidad (QCD) a los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Se requiere terapia escalonada (ST) para los miembros con excepciones de la lista aprobada.

Nuevo Procedimiento para la Aprobación de Medicamentos

Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics, P&T), que está compuesto de farmacéuticos y médicos de varias especialidades, revisa la eficacia y el valor general de los nuevos medicamentos aprobados por la FDA de manera continua. El Comité ofrece experiencia profesional y asesoramiento para ayudar a que Blue Cross Blue Shield of Massachusetts brinde a sus miembros opciones de medicamentos recetados que satisfagan sus necesidades médicas y alcancen los objetivos de tratamiento deseados.

Mientras se encuentran en revisión, los nuevos medicamentos no estarán cubiertos por tu plan. Al igual que con los demás medicamentos que no se encuentran cubiertos, tu médico puede solicitar cobertura para cualquier medicamento que se encuentre en revisión cuando sea médicamente necesario.



MASSACHUSETTS

®™ Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association. ®™ Registered Mark of Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc., and Blue Cross Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc. ®™, TM Registered Marks and Trademarks de los medicamentos enumerados son propiedad de sus respectivos fabricantes. © 2008 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc.
#86228

50-0040 (8/08) 2M