

Programa de terapia escalonada de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

La terapia escalonada es un programa que utiliza un enfoque “escalonado” y requiere una prueba de medicamentos preferentes de la misma clase que sean igual de efectivos antes de que el plan cubra los medicamentos no preferentes. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B pertenecen a la misma clase o categoría de medicamento y ambos medicamentos tratan su afección médica, es posible que prefiramos el medicamento A y solicitemos que el miembro pruebe con este primero. Si se determina que el medicamento A no es efectivo para el miembro, se puede aprobar la cobertura del medicamento B previa solicitud y sujeto a la necesidad médica.

La siguiente lista de medicamentos preferentes está incluida en el programa de terapia escalonada de la Parte B de Medicare Advantage y los productos preferentes enumerados deben usarse primero. Se proporcionará cobertura para los medicamentos de terapia escalonada de la Parte B cuando se determine que son médicamente necesarios, de acuerdo con las pautas de los CMS. Esta lista de medicamentos médicos (Parte B) no incluye medicamentos que se procesan bajo el beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare, como medicamentos autoadministrados o medicamentos orales.

- Este programa se aplica a los medicamentos de la Parte B de Medicare para miembros que son “nuevos” a los medicamentos que se enumeran a continuación o miembros que reciben actualmente y de manera activa medicamentos (miembros con un reclamo pagado en los últimos 365 días) en la lista.
- Los medicamentos **preferentes** que se enumeran a continuación deben ser usados antes de que se pueda cubrir un medicamento **no preferente**.
- Ciertos medicamentos pueden requerir autorización previa para garantizar un uso seguro y eficaz, de conformidad con las reglas de Medicare definidas en la Determinación de Cobertura Nacional (NCD*) de los Centros de Servicio de Medicare (CMS*) y las pautas pertinentes de Determinación de Cobertura Local (LCD*). *Acrónimos por sus siglas en inglés.
- La dosis, frecuencia y duración de uso del medicamento no pueden exceder los datos de seguridad y eficacia que respaldan la afección médica.
- Se puede presentar una solicitud de excepción del requisito de terapia escalonada para acceder a un medicamento cubierto por la Parte B, que se revisa a través del proceso de determinación de la organización de Aspire Health.

Esta lista está sujeta a cambios. Revise esta lista periódicamente para obtener actualizaciones. Aspire Health se reserva el derecho de cambiar, actualizar y/o agregar/eliminar medicamentos a medida que la FDA apruebe nuevos medicamentos y estén disponibles para su uso. Las notificaciones se emitirán según corresponda.

| Agentes de densidad ósea (Osteoporosis) | | | |
|--|----------------------------------|---|-----------------------|
| Nombre del medicamento | HCPCS | Preferente/No preferente | Requisitos |
| Bisphosphonatos (IV): <ul style="list-style-type: none">• Zoledronic acid (Reclast)• Ibandronate (Boniva) | J3489J1740 | Preferente PRIMERO: Zoledronic acid (Reclast) Preferente SEGUNDO: Ibandronate (Boniva) | NO SE REQUIERE AP /TE |
| Prolia (denosumab) | J0897 | Preferente PRIMERO: Zoledronic acid (Reclast) Preferente SEGUNDO: Ibandronate (Boniva) | AP + TE REQUERIDAS |
| Jubbonti (denosumab-bbdz) <i>Biosimilar a Prolia</i> | J3590 | Preferente PRIMERO: Zoledronic acid (Reclast) Preferente SEGUNDO: Ibandronate (Boniva) | AP + TE REQUERIDAS |
| Xgeva (denosumab) | J0897 | Preferente PRIMERO: Zoledronic acid (Reclast) Preferente SEGUNDO: Ibandronate (Boniva) <i>*Excluir pacientes con mama metastásica y próstata metastásica según datos clínicos</i> | AP + TE REQUERIDAS |
| Wyost (denosumab-bbdz) <i>Biosimilar a Xgeva</i> | C9399 J3490 J3590 J9999 | Preferente PRIMERO: Zoledronic acid (Reclast) Preferente SEGUNDO: Ibandronate (Boniva) <i>*Excluir pacientes con mama metastásica y próstata metastásica según datos clínicos</i> | AP + TE REQUERIDAS |

AP: Autorización previa

TE: Terapia escalonada

Programa de terapia escalonada de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

| Corticosteroides intraarticulares (osteoartritis) | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Nombre del medicamento | HCPCS | Preferente/No preferente | Requisitos |
| Methylprednisolone acetate, inyección Methylprednisolone sodium succinate, inyección | J1010 J2919 | PREFERENTE | NO SE REQUIERE AP /TE |
| Triamcinolone acetonide, inyección Triamcinolone diacetate, inyección Triamcinolone hexacetonide, inyección | J3301 J3302 J3303 | PREFERENTE | NO SE REQUIERE AP /TE |
| Zilretta (triamcinolone acetonide ER) | J3304 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |

| Ácidos Hialurónicos / Viscosuplementos (osteoartritis) | | | |
|--|--------------|-----------------------------|---------------------|
| Nombre del medicamento | HCPCS | Preferente/No preferente | Requisitos |
| Inyección única | | | |
| Durolane | J7318 | PREFERENTE (PRIMERO) | AP REQUERIDA |
| Gel-One | J7326 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Monovisc | J7327 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Synvisc-One | J7325 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Inyecciones múltiples | | | |
| VISCO-3 | J7321 | PREFERENTE (PRIMERO) | AP REQUERIDA |
| Euflexxa | J7323 | PREFERENTE (SEGUNDO) | AP REQUERIDA |
| GelSyn-3 | J7328 | PREFERENTE (SEGUNDO) | AP REQUERIDA |
| Hyalgan, Supartz, Supartz FX, | J7321 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| GenVisc 850 | J7320 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Hymovis | J7322 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Orthovisc | J7324 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Synjoynt | J7331 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Synvisc | J7325 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Triluron | J7332 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |

Nota: Los ácidos hialurónicos constituyen una categoría única. Utilice cualquier producto preferente antes de un viscosuplemento de inyección única o múltiple no preferente.

AP: Autorización previa

TE: Terapia escalonada

Programa de terapia escalonada de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

| Esclerosis múltiple (infusión) | | | |
|--------------------------------|-------|--------------------------|--------------------|
| Nombre del medicamento | HCPCS | Preferente/No preferente | Requisitos |
| Tysabri (natalizumab) | J2323 | PREFERENTE | AP REQUERIDA |
| Ocrevus (ocrelizumab) | J2350 | PREFERENTE | AP REQUERIDA |
| Lemtrada (alemtuzumab) | J0202 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |

| BIOSIMILARES | | | |
|--|--------------|--------------------------|--------------------|
| Productos de Infliximab | | | |
| Nombre del medicamento | HCPCS | Preferente/No preferente | Requisitos |
| Inflectra (infliximab-dyyb) | Q5103 | PREFERENTE | AP REQUERIDA |
| Remicade (infliximab) | J1745 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Infliximab | J1745 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Avsola (infliximab-axxq) | Q5121 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Renflexis (infliximab-abda) | Q5104 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Zymfentra (infliximab-dyyb) | J3590; Q5136 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Productos de Rituximab | | | |
| Nombre del medicamento | HCPCS | Preferente/No preferente | Requisitos |
| Ruxience (rituximab-pvvr) | Q5119 | PREFERENTE | AP REQUERIDA |
| Truxima (rituximab-abbs) | Q5115 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Riabni (rituximab-arrx) | Q5123 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Rituxan (rituximab) | J9312 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Rituxan Hycela (rituximab e hyaluronidase) | J9311 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |

AP: Autorización previa

TE: Terapia escalonada

Programa de terapia escalonada de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

| Inhibidor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF*) (agentes para los trastornos de la retina) | | | |
|--|----------------------|--------------------------|------------------------------|
| Nombre del medicamento | HCP/CS | Preferente/No preferente | Requisitos |
| Avastin (bevacizumab), intravítreo | C9257 / J7999 | PREFERENTE | NO SE REQUIERE AP /TE |
| Eylea (aflibercept) | J0178 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Eylea HD (aflibercept) | J0177 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Lucentis (ranibizumab) | J2778 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Byooviz (ranibizumab-nuna) | Q5124 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Cimerli (ranibizumab-eqrn) | J3590 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Susvimo (implante ranibizumab) | J2779 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Beovu (brolucizumab-dbll) | J0179 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |
| Vabysmo (faricimab) | J2777 | NO PREFERENTE | AP + TE REQUERIDAS |

Medicare cubre los medicamentos para pacientes ambulatorios (Parte B) que se suministran "incidentalmente" con el servicio de un médico, siempre que los medicamentos no sean generalmente autoadministrados por los pacientes que los toman. Consulte el Manual de políticas de beneficios de Medicare (Pub. 100-2), Capítulo 15, §50 Medicamentos y productos biológicos en: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c15.pdf>.

Esta Lista de medicamentos de terapia escalonada de la Parte B de Medicare se proporciona únicamente con fines informativos y no constituye ni reemplaza el asesoramiento médico profesional. Se espera que los médicos, hospitales y otros proveedores administren o utilicen medicamentos/productos biológicos de la manera más efectivo y clínicamente apropiado. Los médicos tratantes y otros proveedores de atención médica son los únicos responsables de todas las decisiones de atención médica. De acuerdo con la Evidencia de Cobertura (EOC*) del miembro, cada plan de beneficios tiene sus propias disposiciones, limitaciones y exclusiones de cobertura. En caso de conflicto entre esta política y la EOC del miembro, las disposiciones de la EOC del miembro tendrán prioridad.

La inclusión de un código en esta póliza no implica que el servicio de salud que describe esté cubierto o no. La cobertura de beneficios para servicios de salud está determinada por el documento del plan específico del miembro y las leyes aplicables que puedan exigir cobertura para un servicio en particular. La inclusión de un código no implica ni garantiza el reembolso o pago de una reclamación. También pueden aplicarse otras políticas y estándares. Se espera que los proveedores conserven o tengan acceso a la documentación necesaria cuando se les solicite para respaldar la cobertura.

Referencias:

- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Medicare Advantage Prior Authorization and Step Therapy for Part B Drugs. 7 de agosto de 2018. Disponible en línea en: <http://cms.gov>.
- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Manual de políticas de beneficios de Medicare solo por Internet, CMS Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección. 50. Disponible en línea en: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs>



H8764_RX_Part.B.StepTherapyDrug.List_0724_C

AP: Autorización previa

TE: Terapia escalonada