

Programa de terapia escalonada de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 28 de agosto de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de diciembre 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 medicamento 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
Bisfosfonatos (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 agosto de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de diciembre 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
Trilonon	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 agosto de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de diciembre 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 agosto de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de diciembre de 2024

BIOSIMILARES DE ONCOLOGÍA			
PRODUCTOS BEVACIZUMAB (SÓLO ONCOLOGÍA; NO APLICABLES A OFTALMOLOGÍA)			
<i>Para diagnóstico colorrectal: consulte NCD 110.17: Quimioterapia anticancerígena para el cáncer colorrectal.</i>			
Nombre del medicamento	HCPDS	Preferente/No preferente	Requisitos
Avastin (bevacizumab)	J9035	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED
Alymsys (bevacizumab-maly), biosimilar	Q5126	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED
Mvasi (bevacizumab-awwb), biosimilar	Q5107	PREFERRED	PA REQUIRED
Vegzelma (bevacizumab-adcd), biosimilar	Q5129	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED
Zirabev (bevacizumab-bvzr), biosimilar	Q5118	PREFERRED	PA REQUIRED
Avzivi (bevacizumab-tnjn)	J3490, J3590	NONPREFERRED *FDA approved December 2023; anticipated availability is currently unknown.	PA + ST REQUIRED
TRASTUZUMAB PRODUCTS			
Herceptin (trastuzumab) <i>excludes biosimilars</i>	J9355	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED
Herceptin Hylecta (trastuzumab and hyaluronidase-oysk)	J9356	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED
Enhertu (fam-trastuzumab deruxtecan-nxki)	J9358	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED
Ontruzant (trastuzumab-dttb), biosimilar	Q5112	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED
Herzuma (trastuzumab-pkrb), biosimilar	Q5113	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED
Ogivri (trastuzumab-dkst), biosimilar	Q5114	PREFERRED	PA REQUIRED
Trazimera (trastuzumab-qyyp), biosimilar	Q5116	PREFERRED	PA REQUIRED
Kanjinti (trastuzumab-anns), biosimilar	Q5117	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED
Phesgo (pertuzumab, trastuzumab, hyaluronidase-zzxf)	J9316	NONPREFERRED	PA + ST REQUIRED

AP: Autorización previa

TE: Terapia escalonada

Programa de terapia escalonada de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 28 de agosto de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de diciembre 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-eqm)	J3590	NO PREFERENTE	AP + TE REQUERIDAS
Susvimo (implante ranibizumab)	J2779	NO PREFERENTE	AP + TE REQUERIDAS
Beovu (brolucizumab-dbl)	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 efectiva 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_1024_C

AP: Autorización previa
TE: Terapia escalonada