



Terapia Escalonada Parte B 2024

- Este documento incluye una lista de medicamentos de nuestro plan que actualmente requieren que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición, esto se denomina Terapia Escalonada. El criterio de terapia escalonada requiere que se use un medicamento preferido antes de cubrir un medicamento no preferido para esa misma condición médica. El medicamento preferido tiene la misma indicación, es igual de eficaz, pero suele tener un menor costo.

Ejemplo: el medicamento A (preferido) y el medicamento B (no preferido) se utilizan para tratar la misma condición médica. El criterio de terapia escalonada requiere que primero se utilice el Medicamento A (preferido). Si se intenta y falla el medicamento preferido o el mismo no es clínicamente apropiado, entonces se cubrirá la alternativa no preferida.

- Ciertas condiciones médicas pueden quedar excluidas del requisito de terapia escalonada.
- El requisito de terapia escalonada no se aplica si se ha recibido tratamiento con la alternativa no preferida en los últimos 365 días. La terapia escalonada de la Parte B solo se aplica a los pacientes que comienzan la terapia por primera vez.
- Usted puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción a las reglas de cobertura. El proceso de terapia escalonada permite la solicitud de cobertura del medicamento no preferido a través de una solicitud de excepción. Nuestro plan aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos preferidos que se enumeran a continuación no serían tan efectivos para tratar su condición y/o le causarían efectos médicos adversos. Usted o su médico deben comunicarse con nosotros. Cuando solicite una excepción, debe enviar una justificación de su médico que respalde su solicitud. Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al recibo de la justificación enviada por su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico entienden que su salud podría verse seriamente dañada si espera hasta 72 horas por una decisión. Si se concede su solicitud de evaluación acelerada, debemos darles una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la justificación de su médico.

Fecha de efectividad: 01/01/2024

Fecha de publicación: 04/29/2024

Lista de Medicamentos de Terapia Escalonada de la Parte B 2024

Clase Terapéutica o Agente	Medicamento Preferido	Medicamento No Preferido con terapia escalonada
Agentes Estimulantes de la Eritropoyesis	Retacrit (Biosimilar de Procrit y Epogen)	Procrit Epogen Aranesp
Agentes Autoinmunes	Avsola, Infliximab, Remicade Tofidence (Biosimilar de Actemra) Orencia	Actemra Cimzia Ilumya Entyvio Simponi Aria Ixifi Inflectra Renflexis (Biosimilar de Remicade)
Agentes Hialurónicos	Inyección única: Durolane, Synvisc-one Tres inyecciones: Synvisc, Gel-Syn	Inyección única: Gel-one, Monovisc. Dos inyecciones: Hymovis. Tres inyecciones: Euflexxa, Orthovisc, Sodium hyaluronate (Synjoynt), Triluron, Trivisc. Cinco inyecciones: Genvisc 850, Hyalgan, Visco-3, Supartz.
Agentes para Anemia por Deficiencia de Hierro	Ferrlecit Feraheme Venofer	Infed, Injectafer, Monoferric
Hematológico, Neutropenia - Factores Estimulantes de Colonia: Acción Corta	Zarxio	Neupogen Nivestym, Granix and Releuko (Biosimilares de Neupogen) Leukine
Hematológico, Neutropenia - Factores Estimulantes de Colonia: Acción Prolongada	Fulphila Fylnetra Nyvepria Ziextenso Udenyca Stimufend (Biosimilares de Neulasta)	Neulasta Neulasta OnPro Rolvedon

Fecha de efectividad: 01/01/2024

Fecha de publicación: 04/29/2024

Clase Terapéutica o Agente	Medicamento Preferido	Medicamento No Preferido con terapia escalonada
Inmunoglobulinas	Intravenoso: Gamunex-C*, Octagam. Subcutáneo: Cutaquig, Hizentra, Xembify. *Nota: Gamunex-C se puede administrar por vía intravenosa o subcutánea.	Intravenoso: Asceniv, Bivigam, Carimune NF, Flebogamma DIF, Gammimune, Gammaked*, Gammagard*, Gammagard S/D, Gammaplex, Panzyga, Privigen. Subcutánea: Cuvitru, HyQvia. *Nota: Gammaked y Gammagard se pueden administrar por vía intravenosa o subcutánea.
Dislipidemias	Repatha	Leqvio
Agonistas de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH): Cáncer de Próstata	Trelstar Eligard Lupron	Zoladex Fensolvi Camcevi Triptodur Vantas
Anticuerpos Monoclonales; Antineoplásicos-Rituximab	Ruxience (Biosimilar de Rituxan)	Rituxan Rituxan Hycela Riabni Truxima (Biosimilares de Rituxan)
Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (Edema Macular)	Byooviz, Cimeril (Biosimilares-Intercambiable de Lucentis) Eylea Vabysmo	Lucentis Beovu Macugen Susvimo
Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (No aplica para la degeneración macular o edema macular)	Zirabev, MVASI (Biosimilares de Avastin)	Avastin Alymsys, Vegzelma, Avzivi (Biosimilares de Avastin)
Agentes trastuzumab	Ogivri and Trazimera (Biosimilares de Herceptin)	Herceptin Kanjinti, Ontruzant and Herzuma (Biosimilares de Herceptin)
Agentes neuromusculares	Evrysdi	Spinraza

Fecha de efectividad: 01/01/2024

Fecha de publicación: 04/29/2024

MM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Y0049_2022 5040 0007 1_C.

Historial de Cambios	
Fecha	Resumen de Cambios
02/09/2024	Se añade Spinraza como medicamento no preferido y Evrysdi como medicamento preferido en la clase terapéutica Agentes neuromusculares.
02/16/2024	Se añade MVASI como medicamento preferido en la clase terapéutica Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular.
02/21/2024	Se añade Orenzia como medicamento preferido en la clase terapéutica Agentes Autoinmunes.
04/18/2024	Se añade Rituxan Hycela como medicamento no preferido en la clase terapéutica Anticuerpos Monoclonales; Antineoplásicos-Rituximab.
04/29/2024	Se añade Avzivi como medicamento no preferido en la clase terapéutica Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular.

Fecha de efectividad: 01/01/2024

Fecha de publicación: 04/29/2024