

Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP, Banner Medicare Advantage Prime HMO, y Banner Medicare Advantage Plus PPO

Requisitos de la Terapia Escalonada para Medicamentos de Medicare (Parte B) para Pacientes Ambulatorios

La Terapia Escalonada será necesaria para los medicamentos enumerados en la tabla a continuación a partir del **1/1/2024**, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- El producto solicitado cumple con la definición de medicamento para pacientes ambulatorios de Medicare (Parte B); **Y**
- Se ha determinado que el uso propuesto del producto solicitado es una indicación médicamente aceptada; **Y**
- Se ha determinado que el uso propuesto del agente alternativo preferido es una indicación médicamente aceptada; **Y**
- El uso propuesto del agente alternativo preferido se limitará a los nuevos inicios (período retrospectivo de 365 días); **Y**
- La dosis, la frecuencia y la duración del uso no pueden exceder los datos de seguridad y eficacia que respaldan la indicación médicamente aceptada

Clase	Producto Solicitado	Agente(s) Alternativo(s) Preferido(s) ¹
Erythropoiesis-Agentes Estimulantes	Aranesp (J0881) Epogen/Procrit (J0885) Mircera (J0888)	Retacrit (Q5106)
Inhibidores de la Resorción Ósea	Denosumab (Xgeva) (J0897) [La terapia escalonada solo se aplica a metástasis óseas, mieloma múltiple, hipercalcemia (excluyendo el cáncer de próstata)] (La osteoporosis no requiere autorización previa)	Pamidronate (J2430) o Zoledronic Acid (J3489)
Factores Estimulantes de Colonias: Factores de Crecimiento Leucocitario (de acción corta)	Granix (J1447) Neupogen (J1442) Leukine (J2820) Nivestym (Q5110) Releuko (Q5125)	Zarxio (Q5101)

Factores Estimulantes de Colonias -Factores de Crecimiento Leucocitario (acción prolongada)	Rolvedon (J1449) Nyvepria (Q5122) Udenyca (Q5111) Ziextenzo (Q5120) Flyneta (Q5130) Stimufend (Q5127)	Fulphila (Q5108) o Neulasta (J2506)
Medicamentos inmunológicos: trastornos autoinmunes (artritis, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal)	Avsola (Q5121) Ilumya (J3245) Orencia IV (J0129) Renflexis (Q5104)	Inflectra (Q5103) o Remicade y Infliximab (J1745)
Medicamentos inmunológicos: artritis reumatoide	Actemra IV (J3262) [La terapia escalonada solo se aplica a la artritis reumatoide]	Inflectra (Q5103) o Remicade e Infliximab (J1745)
Oncología (Abraxane)	Abraxane (J9264) [La terapia escalonada solo se aplica al cáncer de mama (excluyendo el cáncer de mama triple negativo) y cáncer de pulmón de células no pequeñas]	Docetaxel (J9171) o Paclitaxel (J9267)
Vincristine (liposomal)	Marqibo (J9371)	Vincristine sulfate (J9370)
Viscosuplementos	Durolane (J7318) Gel-One (J7326) Gelsyn3 (J7328) Genvisc 850 (J7320) Hyalgan (J7321) Hymovis (J7322) Monovisc (J7327) Orthovisc (J7324) Supartz & Supartz FX (J7321)	Euflexxa (J7323)

	Synvisc & Synvisc- One (J7325) Synojoynt (J3490) Triluron (J7332) TriVisc (J7329) Visco-3 (J7321)	
Doxorubicin (liposomal)	Doxil (Q2050)	Doxorubicin, conventional (J9000)
Trastuzumab / Trastuzumab e hyaluronidase-oysk	Herceptin (J9355) Herceptin Hylecta (J9356) Ontruzant (Q5112) o Herzuma (Q5113) Ogivri (Q5114) o	Kanjinti (Q5117) o Trazimera (Q5116)
Rituximab / Rituximab e hyaluronidase	Rituxan (J9312) Rituxan Hylea (J9311) Riabni (Q5123)	Ruxience (Q5119) o Truxima (Q5115)
Trastornos Oftalmológicos	Beovu (J0179) Eylea (J0178), Lucentis (J2778) Macugen (J2503) Visudyne (J3396) Cimerli (Q5128) Vegzelma (Q5129)	Avastin (J9035 o J7999) o Mvasi (Q5107) o Zirabev (Q5118)
Zilretta	Zilretta (J3304)	Kenalog (J3301) NAN ²
Leucovorin/levoleucovorin	Fusilev (J0641) Khapzory (J0642)	Leucovorin (J0640)
Oncología (Avastin)	Avastin (J9035) (oncología) Alysys (Q5126)	Mvasi (Q5107) o Zirabev (Q5118)
Trastuzumab	Trastuzumab-dkst (Ontruzant) (Q5112) Trastuzumab-pkrb (Herzuma) (Q5113) Trastuzumab-dkst (Ogivri) (Q5114)	Trastuzumab-qyyp (Trazimera) (Q5116) Trastuzumab-anns (Kanjinti) (Q5117)
Soliris	Soliris (J1300) [La terapia escalonada solo se aplica para el síndrome	Ultomiris (J1303)

	urémico hemolítico atípico (SHUa) y la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN)]	
--	--	--

1. Se requiere Autorización Previa para todos los medicamentos enlistados excepto para Kenalog
2. NAN – No se requiere Autorización Previa

Referencias

- Centers for Medicare and Medicaid Services, Health Plan Management System (HPMS), MA_Step_Therapy_HPMS_Memo_8_7_18; available at <http://www.cms.gov> - last checked August 31, 2018 and found under Medicare > Health Plans > Health Plans - General Information > Downloads.
- Centers for Medicare and Medicaid Services, Medicare Benefit Policy Manual, CMS Pub. 100- 02, Chapter 15, Sec. 50 (Rev. 241, Feb. 2, 2018); available at <http://www.cms.gov> - last checked August 31, 2018 and found under Medicare > Regulations and Guidance > Manuals > Internet-Only Manuals (IOMs).
- Local Coverage Determination (LCD). Centers for Medicare & Medicare Services. <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search/advanced-search.aspx>.
- National Coverage Determination (NCD). Centers for Medicare & Medicare Services. <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search/advanced-search.aspx>.
 - U.S. Food & Drug Administration. FDA Approved Drug Products. <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/>