



## Terapia Escalonada Parte B 2023

- 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.

## Lista de Medicamentos de Terapia Escalonada de la Parte B 2023

Clase Terapéutica	Medicamento Preferido	Medicamento No Preferido con terapia escalonada
<b>Agonista de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) - Cáncer de próstata</b>	<b>Eligard Lupron Trelstar</b>	Zoladex Fensolvi Camcevi Triptodur
<b>Autoinmune</b>	<b>Avsola Infliximab Remicade Orencia (IV) Simponi Aria Stelara (IV &amp; SQ)</b>	Actemra Cimzia Ilumya Entyvio Inflectra Renflexis
<b>Antineoplásicos, Anti-HER2; Anticuerpo monoclonal- trastuzumab</b>	<b>Kanjinti Trazimera</b>	Herzuma Ogivri Ontruzant
<b>Hematológico, Neutropenia. Factores estimulantes de colonias: Acción Prolongada</b>	<b>Neulasta Nyvepria</b>	Udenyca Fulphila Ziextenzo
<b>Hematológico, Neutropenia. Factores estimulantes de colonias: Acción Corta</b>	<b>Neupogen Nivestym</b>	Leukine Granix Zarxio
<b>Hematológico, Eritropoyesis. Agentes estimulantes (ESA).</b>	<b>Procrit Retacrit</b>	Epogen Aranesp
<b>Anticuerpos Monoclonales; Antineoplásicos- Rituximab</b>	<b>Riabni Ruxience</b>	Rituxan Rituxan Hycela Truxima
<b>Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular</b> (La terapia escalonada NO aplica para el diagnóstico de degeneración macular o edema macular)	<b>MVASI</b>	Avastin

**La Lista de Medicamentos de Terapia Escalonada de la Parte B de 2023, está sujeta a cambios y se actualizará al menos 30 días antes de la fecha de efectividad.**

MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC., complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Y0049\_2022 5040 0007 2\_C.