Terapia Escalonada para Medicamentos de la Parte B

Los planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) pueden utilizar la terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B, a partir del 1 de enero de 2019, como parte de un programa de coordinación de la atención centrada en el paciente.

La Parte B de Medicare cubre un número limitado de medicamentos, como las inyecciones que le aplican en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero (nebulizadores o bombas de infusión externas), medicamentos inmunosupresores y en pocas circunstancias, algunos medicamentos que recibe como paciente ambulatorio en el hospital.

La terapia escalonada es un tipo de autorización previa para medicamentos que comienza con la medicación para una condición médica con la terapia con medicamentos preferidos y progresa a otras terapias solo si es necesario, lo que promueve mejores decisiones clínicas. La terapia escalonada solo se puede aplicar a nuevas prescripciones o administraciones de Medicamentos de la Parte B para afiliados que no están recibiendo activamente el medicamento en cuestión.

- Terapia en etapas/pasos: Significa que antes de que el medicamento que le recetó el médico sea pagado por el plan, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo.

- Medicamentos de primera línea: los medicamentos de primera línea son medicamentos genéricos y de marca de menor costo aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés). Se ha comprobado que son seguros y eficaces. La terapia escalonada sugiere que primero debe probar estos medicamentos porque en la mayoría de los casos brindan el mismo beneficio para la salud que más medicamentos costosos, pero a un costo menor.

- Medicamentos de terapia escalonada: los medicamentos de segunda línea suelen ser medicamentos de marca. Son más adecuados para los pocos pacientes que no responden a los medicamentos de primera línea. Los medicamentos de segunda línea son las opciones más caras.

En algunos casos, HealthSun requiere que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición.

Para los criterios de cobertura, por favor visite el sitio web:

https://www.anthem.com/ms/pharmacyinformation/clinicalcriteria/home.html

Si el medicamento recetado a usted es un "Medicamento de Terapia Escalonada", puede ser necesario que pruebe medicamentos de los "Medicamentos de Terapia de Primera Línea". Si los "Medicamentos de Terapia de Primera Línea" no funciona para usted, el plan cubrirá el "Medicamento de Terapia Escalonada".

Terapia Escalonada para Medicamentos de la Parte B

Los siguientes medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada

Clase de medicamento de terapia	Medicamento Preferido	Medicamento No Preferido
Factor Estimulante de Colonias de acción corta	Zarxio	Filkri Granix Neupogen Nivestym Nypozi Releuko
Inmunoglobulinas	Intravenoso: Gamunex-C* Octagam Subcutáneo: Cutaquig Hizentra Xembify *Gamunex-C, Gammagard, y Gammaked se pueden administrar por vía intravenosa o subcutánea.	Intravenoso Alyglo Asceniv Bivigam Flebogamma DIF Gammagard* Gammagard S/D Gammagard Liquid ERC Gammaked* Gammaplex Panzyga Privigen Qivigy Yimmugo Subcutáneo Cuvitru HyQvia
Antagonistas Selectivos del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular	Avastin Byooviz Cimerli Eylea Eylea HD Lucentis Pavblu Vabysmo	Ahzantive Beovu Enzeevu Eydenzelt Nufymco Opuviz Yesafili
Agentes inyectables para Anemia por deficiencia de hierro	Feraheme Ferrlecit Infed Venofer	Injectafer Monoferric

Factor Estimulante de Colonias de acción prolongada	Neulasta Udenyca	Armlupeg Fulphila Fylnetra Nyvepria Rolvedon Ryzneuta Stimufend Ziextenzo
Antagonistas del factor de necrosis tumoral	Avsola Remicade Infliximab (sin marca)	Inflectra Renflexis
Agentes de Rituximab	Rituxan Riabni	Ruxience Truxima
Bevacizumab para indicaciones no oftalmológicas	Avastin Mvasi	Alymsys Avzivi Jobevne Vegzelma Zirabev
Agentes de Trastuzumab	Herceptin Kanjinti	Hercessi Herzuma Ogivri Ontruzant Trazimera
Agentes Denosumab	Prolia	Bildyos Boncresa Bosaya Conexxence Enoby Jubbonti Ospomyv Osvyrti Ponlimsi Stoboclo
	Xgeva	Aukelso Bilprevda Bomyntra Jubereq Osenvelt Oziltus Wyost Xbryk Xtrenbo
Keytruda	Keytruda	Keytruda Qlex

Tecentriq	Tecentriq	Tecentriq Hybreza

Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para los afiliados al (877) 336-2069. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 206-0500. Horas de operaciones desde octubre 1 hasta marzo 31, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (estamos cerrados el día de Acción de Gracias y Navidad). Comenzando en abril 1 hasta septiembre 30, estamos disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (nuestra oficina estará cerrada los días feriados federales). También puede visitar nuestro sitio web, www.healthsun.com

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).