

Requisitos de terapia escalonada para medicamentos (Parte B) de pacientes ambulatorios de Medicare

La cobertura de Medicare de los medicamentos (Parte B) para pacientes ambulatorios se detalla en el *Manual de políticas sobre los beneficios de Medicare*

(Pub. 100-2), capítulo 15, sección 50, “Medicamentos y productos biológicos”. Además, es posible que haya una *Determinación de cobertura nacional (NCD)* y *artículos y Determinaciones de cobertura local (LCDs)* y se requiera el cumplimiento de estas políticas cuando corresponda. Se solicitará la terapia escalonada para los medicamentos que se indican en la siguiente tabla con fecha de entrada en vigor el 1.º de enero de 2021, siempre y cuando el medicamento solicitado cumpla estos requisitos:

- Se ajuste a la definición de medicamentos Parte B de Medicare.
- Sea nuevo para el paciente, es decir, no haya sido usado en los últimos 365 días.
- Se haya determinado que el uso sugerido del medicamento alternativo y solicitado es una indicación médicamente aceptada según las normas de Medicare.
- La dosis, la frecuencia y la duración de uso no superen lo especificado en los datos de seguridad y eficacia que respaldan la indicación médicamente aceptada.

Medicamento no preferido:	Código HCPCS	Medicamento preferido:	Código HCPCS
Aloxi	J2469	Kytril/Zofran	J1626/J2405
Avastin <ul style="list-style-type: none"> • Uso oncológico exclusivamente 	J9035	Mvasi/Zirabev	Q5107/Q5118
Fusilev	J0641	Leucovorin	J0640
Khapzory	J0642	Leucovorin	J0640
Herceptin	J9355	Ontruzant/Herzuma/Ogivri/Trazimera/Kanjinti	Q5112/Q5113/Q5114/Q5116/Q5117
Herceptin Hylecta	J9356	Ontruzant/Herzuma/Ogivri/Trazimera/Kanjinti	Q5112/Q5113/Q5114/Q5116/Q5117
HP Acthar <ul style="list-style-type: none"> • Excepto pacientes con síndrome de West 	J0800	Corticosteroides	Múltiples
Neulasta	Q5111	Ziextenzo/Fulphila/Udenyca	Q5120/Q5111/Q5108

Neupogen	J1442	Zarxio/Nivestym/Granix	J1447/Q5110/Q5101
Procrit/Epogen (excepto pacientes con enfermedades renales en etapa terminal)	J0885	Retacrit (excepto pacientes con enfermedades renales en etapa terminal)	Q5106
Eylea	J0178	Avastin (oftálmico)	C9257
Lucentis	J2778	Avastin (oftálmico)	C9257
Macugen	J2503	Avastin (oftálmico)	C9257
Beovu	J0179	Avastin (oftálmico)	C9257
Rituxan	J9312	Truxima/Ruxience	Q5115/J9999
Rituxan Hyleca	J9311	Truxima/Ruxience	Q5115/J9999
Sustol <ul style="list-style-type: none"> Tratamientos moderada o levemente eméticos 	J1627	Zofran/Kytril/Aloxi	J2405/J1626/J2469
Treanda	J9033	Belrapzo/Bendeka	J9036/J9034
Prolia/Xgeva <ul style="list-style-type: none"> Excepto pacientes con cáncer de mama o próstata metastásicos según datos clínicos 	J0897	Ácido zoledrónico	J3489
Zilretta	J3304	Triamcinolona inyectable	J3301
Feraheme	Q0138	Venofer/Infed/Ferrelecit	J1756/J1750/J2916
Injectafer	J1439	Venofer/Infed/Ferrelecit	J1756/J1750/J2916
Infugem	J9199	Gemcitabina	J9201
Marqibo	J9371	Vincristina	J9370
Monoferric	J3490	Venofer/Infed/Ferrelecit	J1756/J1750/J2916

Referencias

- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Sistema de administración de planes de salud (HPMS), MA_Step_Therapy_HPMS_Memo_8_7_18. Disponible en <http://www.cms.gov> (última revisión el 31 de agosto de 2018), en Medicare > Health Plans (Planes de salud) > Health Plans - General Information (Información general de los planes de salud) > Downloads (Descargas).
- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, *Manual de políticas sobre los beneficios de Medicare*, publicación 100-02, capítulo 15, sección 50 (revisión 241, 2 de febrero de 2018) de CMS. Disponible en <http://www.cms.gov> (última revisión el 31 de agosto de 2018), en Medicare > Regulations and Guidance (Normas y directrices) > Manuals (Manuales) > Internet-Only Manuals (IOMs) (Manuales solo disponibles en línea).
- Determinación de cobertura local (LCD)*. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search/advanced-search.aspx>.
- Determinación de cobertura nacional (NCD)*. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/search/advanced-search.aspx>.
- Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos. Medicamentos aprobados por la FDA. <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/>

2. Requisitos de terapia escalonada para medicamentos (Parte B) de pacientes ambulatorios de Medicare