



Terapia Escalonada Parte B 2026

- 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: 01/01/2026

Fecha de publicación: 09/30/2025

Lista de Medicamentos de Terapia Escalonada de la Parte B 2026

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 Tofidence (Biosimilar de Actemra)	Orencia Actemra Cimzia Ilumya Entyvio Simponi Aria Inflectra Renflexis (Biosimilar de Remicade) Tyenne Remicade
Agentes Hialurónicos	Inyección única: Synvisc-one Tres inyecciones: Synvisc Cinco inyecciones: Hyalgan	Inyección única: Durolane, Gel-one, Monovisc. Dos inyecciones: Hymovis. Tres inyecciones: Euflexxa, Orthovisc, Sodium hyaluronate (Synjoynt), Triluron, Trivisc, Gel-Syn. Cinco inyecciones: Genvisc 850, Visco-3, Supartz.
Hematológico, Neutropenia - Factores Estimulantes de Colonia: Acción Corta	Zarxio	Neupogen Nivestym, Granix y Releuko (Biosimilares de Neupogen) Leukine
Hematológico, Neutropenia - Factores Estimulantes de Colonia: Acción Prolongada²	Fulphila	Neulasta Neulasta OnPro Rolvedon Fylnetra Nyvepria Ziextenso Udenyca Stimufend (Biosimilares de Neulasta)

Fecha de efectividad: 01/01/2026

Fecha de publicación: 09/30/2025

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, Flebogamma DIF, 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
Anticuerpos Monoclonales; Antineoplásicos-Rituximab	Ruxience (Biosimilar de Rituxan)	Rituxan Riabni, Truxima (Biosimilares de Rituxan)
Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (Edema Macular)	Pavblu	Eylea Vabysmo Beovu
	Byooviz, Cimeril (Biosimilares-Intercambiable de Lucentis)	Susvimo Lucentis
Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (No aplica para la degeneración macular o edema macular)	Zirabev, MVASI (Biosimilares de Avastin)	Avastin Alymsys, Vegzelma (Biosimilares de Avastin)
Agentes Trastuzumab	Ogivri y Trazimera (Biosimilares de Herceptin)	Herceptin Kanjinti, Ontruzant y Herzuma, Hercessi (Biosimilares de Herceptin)
Agentes Neuromusculares	Evrysdi	Spinraza
Antipsoriásicos	Selarsdi	Stelara Wezlana, Otulfi, Pyzchiva, Imuldosa, Yesintek y Steqeyma (Biosimilares de Stelara) Cosentyx Remicade

Fecha de efectividad: 01/01/2026

Fecha de publicación: 09/30/2025

Historial de Cambios	
Fecha	Resumen de Cambios

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. Y0049_2022 5040 0007 1_C.