



## Requisitos para la terapia por fases de los medicamentos biológicos e inyectables para planes Medicare Advantage

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2025

Fecha de revisión: 20 de noviembre de 2024

En agosto de 2018, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) rescindió su memorándum de septiembre de 2012 "Prohibición de imponer una terapia por fases obligatoria para acceder a los medicamentos y servicios de la Parte B", que ofrecieron a los planes Medicare Advantage la opción de aplicar terapia por fases a los medicamentos administrados por médicos y otros medicamentos de la Parte B<sup>1</sup>. Debido a este cambio, CarePlus agregó requisitos de terapia por fases para algunos medicamentos de nuestra lista de medicamentos que requieren preautorización.

CMS emitió una decisión final el 16 de mayo de 2019 que tiene como objetivo mejorar el programa Medicare Advantage.<sup>2</sup> Estos cambios concluyeron los requisitos de CMS para el programa de la terapia por fases de la Parte B y se implementaron el 1 de enero de 2020.

**Nota importante:** La designación de estado preferido no significa que un medicamento siempre esté exento del requisito de terapia por fases. Consulte los criterios específicos contenidos en nuestras políticas de criterios de cobertura, que están publicadas en [CarePlusHealthPlans.com/PAL](https://www.CarePlusHealthPlans.com/PAL). También en esa página, puede encontrar la lista de Autorización Previa de Medicare que muestra indicadores de terapia por fases sobre los medicamentos que se ven afectados por un requisito de terapia por fases.

Si los proveedores de salud no cuentan con nuestros medicamentos preferidos en su oficina, pueden obtenerlo en una farmacia (es decir, una farmacia puede enviar el medicamento a la oficina). Puede encontrar una lista de farmacias especializadas y de pedido por correo en los Directorios de Proveedores publicados en nuestro sitio web disponible en [CarePlusHealthPlans.com/members/pharmacy-directories](https://www.CarePlusHealthPlans.com/members/pharmacy-directories). También puede acceder a una lista completa de las farmacias a través del Pharmacy Finder Tool (Herramienta de búsqueda de farmacias) disponible en [CarePlusHealthPlans.com/pharmacy-finder](https://www.CarePlusHealthPlans.com/pharmacy-finder), o llamando a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Este requisito de terapia por fases no se aplicará a afiliados que ya están recibiendo de forma activa un medicamento no preferido y que cuentan con una reclamación paga en los últimos 365 días.

Es posible que los afiliados de Planes de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) sujetos a los requisitos de la terapia por fases deban hacer lo siguiente:

- Solicitar revisiones aceleradas de excepciones para recibir una autorización previa para la terapia por fases.
- Apelar una solicitud denegada de un medicamento no preferido debido a los requisitos de la terapia por fases.

Desde el 1 de enero de 2020, CarePlus no ofrece un Programa de Coordinación de Atención para el Control de los Medicamentos (DM-CCP, por sus siglas en inglés) a afiliados que reciben una terapia por fases y/o medicamentos preferidos que se encuentran dentro de la Lista de Medicamentos con terapia por fases de la Parte B. Según la guía de Medicare, los planes de salud no tendrán la obligación de combinar terapias por fases con programas de incentivos y premios. En su lugar, los planes de MA deben incorporar ahorros anticipados de la implementación de la terapia por fases de la Parte B para ofrecer beneficios complementarios y/o primas más bajas a los afiliados.

Si tiene preguntas o inquietudes, por favor llame a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

**Referencias:**

1. "Medicare Advantage Prior Authorization and Step Therapy for Part B Drugs," Centers for Medicare & Medicaid Services, last accessed Jan. 18, 2024, [www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-advantage-prior-authorization-and-step-therapy-part-b-drugs](https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-advantage-prior-authorization-and-step-therapy-part-b-drugs).
2. "Medicare Advantage and Part D Drug Pricing Final Rule (CMS-4180-F)," Centers for Medicare & Medicaid Services, last accessed Jan. 18, 2024, [www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-advantage-and-part-d-drug-pricing-final-rule-cms-4180-f](https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-advantage-and-part-d-drug-pricing-final-rule-cms-4180-f).

*Continúa en la página siguiente*

<b>Drug class</b>	<b>Drug name</b>	<b>Status</b>	<b>Billing code</b>
Síndrome urémico hemolítico atípico (SHUa)	<b>Ultomiris</b>	<b>Preferido</b>	<b>J1303</b>
	Soliris	No Preferido	J1300
Alpha-1s	<b>Zemaira</b>	<b>Preferido</b>	J0256
	Aralast	No Preferido	J0256
	Glassia	No Preferido	J0257
	Prolastin-C	No Preferido	J0256
Bevacizumab (oncología)	<b>Mvasi</b>	<b>Preferido</b>	Q5107
	<b>Zirabev</b>	<b>Preferido</b>	Q5118
	Avastin	No Preferido	J9035
	Alymsys	No Preferido	Q5126
	Vegzelma	No Preferido	Q5129
Inhibidores de la resorción ósea	<b>pamidronate</b>	<b>Preferido</b>	J2430
	<b>zoledronic acid</b>	<b>Preferido</b>	J3489
	Xgeva	No Preferido	J0897
Cáncer cervical	<b>Keytruda</b>	<b>Preferido</b>	J9271
	Tivdak	No Preferido	J9273
Factores estimulantes de colonias – Factores de crecimiento leucocitario (acción prolongada)	<b>Fulphila</b>	<b>Preferido</b>	Q5108
	<b>Neulasta/Neulasta Onpro</b>	<b>Preferido</b>	J2506
	<b>Udenyca</b>	<b>Preferido</b>	Q5111
	<b>Udenyca autoinector</b>	<b>Preferido</b>	Q5111
	Udenyca Onbody	<b>Preferido</b>	Q5111
	Fylnetra	No Preferido	Q5130

	Nyvepria	No Preferido	Q5122
	Rolvedon	No Preferido	J1449
	Stimufend	No Preferido	Q5127
	Ziextenzo	No Preferido	Q5120
Factores estimulantes de colonias – Factores de crecimiento leucocitario (acción corta)	<b>Nivestym</b>	<b>Preferido</b>	Q5110
	<b>Zarxio</b>	<b>Preferido</b>	Q5101
	Granix	No Preferido	J1447
	Neupogen	No Preferido	J1442
	Releuko	No Preferido	Q5125
Agentes estimulantes de la eritropoyesis	<b>Retacrit</b>	<b>Preferido</b>	Q5106
	<b>Procrit</b>	<b>Preferido</b>	J0885
	Aranesp	No Preferido	J0881
	Epogen	No Preferido	J0885
Enfermedad de Gaucher	<b>Elelyso</b>	<b>Preferido</b>	J3060
	Vpriv	No Preferido	J3385
	Cerezyme	No Preferido	J1786
Hemofilia A	<b>Advate</b>	<b>Preferido</b>	J7192
	<b>Adynovate</b>	<b>Preferido</b>	J7207
	<b>Afstyla</b>	<b>Preferido</b>	J7210
	<b>Altuviio</b>	<b>Preferido</b>	J7214
	<b>Eloctate</b>	<b>Preferido</b>	J7205
	<b>Esperoct</b>	<b>Preferido</b>	J7204

	<b>Hemofil M</b>	<b>Preferido</b>	J7190
	<b>Jivi</b>	<b>Preferido</b>	J7208
	<b>Koate-DVI</b>	<b>Preferido</b>	J7190
	<b>Kogenate FS</b>	<b>Preferido</b>	J7192
	<b>Kovaltry</b>	<b>Preferido</b>	J7211
	<b>NovoEight</b>	<b>Preferido</b>	J7182
	<b>Nuwiq</b>	<b>Preferido</b>	J7209
	<b>Recombinate</b>	<b>Preferido</b>	J7192
	<b>Xyntha</b>	<b>Preferido</b>	J7185
	Hemlibra	No Preferido	J7170
	Hypnazvi	No Preferido	C9399, J3490, J3590, J7199
Angioedema hereditario: uso agudo	<b>icatibant</b>	<b>Preferido</b>	J1744
	Berinert	No Preferido	J0597
	Firazyr	No Preferido	J1744
	Kalbitor	No Preferido	J1290
	Ruconest	No Preferido	J0596
Angioedema hereditario – profilaxis	<b>Haegarda</b>	<b>Preferido</b>	J0599
	Cinryze	No Preferido	J0598
	Takhzyro	No Preferido	J0593
	Takhzyro subcutaneous	No Preferido	C9399, J3490, J3590
Hipercolesterolemia familiar homocigota (HoFH)	<b>Repatha</b>	<b>Preferido</b>	C9399, J3590
	Evkeeza	No Preferido	J1305

Inmunoglobulina	<b>Flebogamma DIF</b>	<b>Preferido</b>	J1572
	<b>Gammagard</b>	<b>Preferido</b>	J1569
	<b>Gammagard S/D</b>	<b>Preferido</b>	J1566
	<b>Gammaked</b>	<b>Preferido</b>	J1561
	<b>Gamunex-C</b>	<b>Preferido</b>	J1561
	<b>Hizentra</b>	<b>Preferido</b>	J1559
	<b>Octagam</b>	<b>Preferido</b>	J1568
	<b>Privigen</b>	<b>Preferido</b>	J1459
	<b>Xembify</b>	<b>Preferido</b>	J1558
	Alyglo	No Preferido	C9399, J1599
	Asceniv	No Preferido	J1554
	Bivigam	No Preferido	J1556
	Cutaquig	No Preferido	J1551
	Cuvitru	No Preferido	J1555
	Gammaplex	No Preferido	J1557
	Hyqvia	No Preferido	J1575
Panzyga	No Preferido	J1576	
Medicamentos inmunológicos: trastornos autoinmunes (artritis, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal)	<b>Inflectra</b>	<b>Preferido</b>	Q5103
	<b>Infliximab</b>	<b>Preferido</b>	J1745
	<b>Remicade</b>	<b>Preferido</b>	J1745
	<b>Simponi Aria</b>	<b>Preferido</b>	J1602
	<b>Stelara</b>	<b>Preferido</b>	J3358
	Actemra IV	No Preferido	J3262

	Avsola	No Preferido	Q5121
	Entyvio IV	No Preferido	J3380
	Cosentyx	No Preferido	J3247
	Ilumya	No Preferido	J3245
	Omvoh IV	No Preferido	J2267
	Orencia IV	No Preferido	J0129
	Renflexis	No Preferido	Q5104
	Riabni	No Preferido	Q5123
	Rituxan IV	No Preferido	J9312
	Ruxience	No Preferido	Q5119
	Tofidence IV	No Preferido	Q5133
	Truxima	No Preferido	Q5115
	Tyenne IV	No Preferido	Q5135
	Tysabri	No Preferido	J2323
IV Hierro	<b>Infed</b>	<b>Preferido</b>	J1750
	<b>Venofer</b>	<b>Preferido</b>	J1756
	Feraheme	No Preferido	Q0138
	Injectafer	No Preferido	J1439
	Monoferric	No Preferido	J1437
Melanoma	<b>Opdivo</b>	<b>Preferido</b>	J9299
	<b>Keytruda</b>	<b>Preferido</b>	J9271
	<b>Opdivo plus Yervoy</b>	<b>Preferido</b>	J9299, J9228

	Opdualag	No Preferido	J9298
Esclerosis múltiple	<b>Ocrevus</b>	<b>Preferido</b>	J2350
	Ocrevus Zunovo	<b>Preferido</b>	C9399, J3490, J3590
	Briumvi	No Preferido	J2329
	Tysabri	No Preferido	J2323
	Lemtrada	No Preferido	J0202
Miastenia gravis	<b>Soliris</b>	<b>Preferido</b>	J1300
	<b>Ultomiris</b>	<b>Preferido</b>	J1303
	<b>Vyvgart</b>	<b>Preferido</b>	J9332
	<b>Vyvgart Hytrulo</b>	<b>Preferido</b>	J9334
	Rystiggo	No Preferido	J9333
Neoplasias (excluyendo el páncreas)	<b>docetaxel</b>	<b>Preferido</b>	J9171
	<b>paclitaxel</b>	<b>Preferido</b>	J9267
	Abraxane	No Preferido	J9264
	paclitaxel protein-bound	No Preferido	J9258
Trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD)	<b>Ultomiris</b>	<b>Preferido</b>	<b>J1303</b>
	Soliris	No Preferido	J1300
Onivyde (irinotecán liposomal)	<b>Irinotecan</b>	<b>Preferido</b>	J9206
	Onivyde	No Preferido	J9205
Trastornos oftálmicos - terapia fotodinámica	<b>Avastin</b>	<b>Preferido</b>	C9257, J9035
	<b>Byooviz</b>	<b>Preferido</b>	Q5124



	<b>Cimerli</b>	<b>Preferido</b>	Q5128
	<b>Eylea</b>	<b>Preferido</b>	J0178
	<b>Eylea HD</b>	<b>Preferido</b>	J0177
	<b>Vabysmo</b>	<b>Preferido</b>	J2777
	Beovu	No Preferido	J0179
	Lucentis	No Preferido	J2778
	Pavblu	No Preferido	C9399, J3490, J3590
	Susvimo	No Preferido	J2779
Artrosis de rodilla (esteroides intraarticulares)	<b>triamcinolone</b>	<b>Preferido</b>	J3301, J3302, J3303
	<b>methylprednisolone</b>	<b>Preferido</b>	J1020, J1030, J1040, J2920, J2930
	<b>betamethasone</b>	<b>Preferido</b>	J0702
	<b>dexamethasone</b>	<b>Preferido</b>	J1094, J1100
	Zilretta	No Preferido	J3304
Osteoporosis	<b>Prolia</b>	<b>Preferido</b>	J0897
	<b>zoledronic acid</b>	<b>Preferido</b>	J3489
	Evenity	No Preferido	J3111
Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN)	<b>Ultomiris</b>	<b>Preferido</b>	J1303
	PiaSky	No Preferido	C9399, J3490, J3590
	Soliris	No Preferido	J1300
PD-1/PD-L1 NSCLC	<b>Libtayo</b>	<b>Preferido</b>	J9119

	Imfinzi	No Preferido	J9173
	Imjudo	No Preferido	J9347
	Keytruda	No Preferido	J9271
	Opdivo	No Preferido	J9299
	Tecentriq Hybreza SQ	No Preferido	C9399, J3490, J3590, J9999
	Tecentriq IV	No Preferido	J9022
	Yervoy	No Preferido	J9228
Reblozyl	<b>Retacrit</b>	<b>Preferido</b>	Q5106
	<b>Procrit</b>	<b>Preferido</b>	J0885
	Reblozyl	No Preferido	J0896
Rituximab e hialuronidasa	<b>Ruxience</b>	<b>Preferido</b>	Q5119
	<b>Riabni</b>	<b>Preferido</b>	Q5123
	Rituxan IV	No Preferido	J9312
	Rituxan Hycela	No Preferido	J9311
	Truxima	No Preferido	Q5115
Análogos de la somatostatina (Lutathera)	<b>Sandostatin LAR</b>	<b>Preferido</b>	J2353
	<b>Somatuline Depot</b>	<b>Preferido</b>	J1930
	Lutathera	No Preferido	A9513
Trastuzumab e hialuronidasa-oysk	<b>Kanjinti</b>	<b>Preferido</b>	Q5117
	<b>Trazimera</b>	<b>Preferido</b>	Q5116
	Herceptin (IV)	No Preferido	J9355
	Herceptin Hylecta	No Preferido	J9356

	Herzuma	No Preferido	Q5113
	Ogivri	No Preferido	Q5114
	Ontruzant	No Preferido	Q5112
Viscosuplementos	<b>Durolane</b>	<b>Preferido</b>	J7318
	<b>Monovisc</b>	<b>Preferido</b>	J7327
	<b>Orthovisc</b>	<b>Preferido</b>	J7324
	<b>Supartz FX</b>	<b>Preferido</b>	J7321
	<b>Synvisc-One</b>	<b>Preferido</b>	J7325
	Euflexxa	No Preferido	J7323
	Gel-One	No Preferido	J7326
	Gelsyn-3	No Preferido	J7328
	GenVisc 850	No Preferido	J7320
	Hyalgan	No Preferido	J7321
	Hymovis	No Preferido	J7322
	Synvisc	No Preferido	J7325
	SynoJoynt	No Preferido	J7331
	Triluron	No Preferido	J7332
	TriVisc	No Preferido	J7329
Visco-3	No Preferido	J7321	