



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 B¹. 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.² 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.
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.

Continúa en la página siguiente

Drug class	Drug name	Status	Billing code
Síndrome urémico hemolítico atípico (SHUa)	Ultomiris	Preferido	J1303
	Soliris	No Preferido	J1300
Alpha-1s	Zemaira	Preferido	J0256
	Aralast	No Preferido	J0256
	Glassia	No Preferido	J0257
	Prolastin-C	No Preferido	J0256
Bevacizumab (oncología)	Mvasi	Preferido	Q5107
	Zirabev	Preferido	Q5118
	Avastin	No Preferido	J9035
	Alymsys	No Preferido	Q5126
	Vegzelma	No Preferido	Q5129
Inhibidores de la resorción ósea	pamidronate	Preferido	J2430
	zoledronic acid	Preferido	J3489
	Xgeva	No Preferido	J0897
Cáncer cervical	Keytruda	Preferido	J9271
	Tivdak	No Preferido	J9273
Factores estimulantes de colonias – Factores de crecimiento leucocitario (acción prolongada)	Fulphila	Preferido	Q5108
	Neulasta/Neulasta Onpro	Preferido	J2506
	Udenyca	Preferido	Q5111
	Udenyca autoinector	Preferido	Q5111
	Udenyca Onbody	Preferido	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)	Nivestym	Preferido	Q5110
	Zarxio	Preferido	Q5101
	Granix	No Preferido	J1447
	Neupogen	No Preferido	J1442
	Releuko	No Preferido	Q5125
Agentes estimulantes de la eritropoyesis	Retacrit	Preferido	Q5106
	Procrit	Preferido	J0885
	Aranesp	No Preferido	J0881
	Epogen	No Preferido	J0885
Enfermedad de Gaucher	Elelyso	Preferido	J3060
	Vpriv	No Preferido	J3385
	Cerezyme	No Preferido	J1786
Hemofilia A	Advate	Preferido	J7192
	Adynovate	Preferido	J7207
	Afstyla	Preferido	J7210
	Altuviio	Preferido	J7214
	Eloctate	Preferido	J7205
	Esperoct	Preferido	J7204

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

Inmunoglobulina	Flebogamma DIF	Preferido	J1572
	Gammagard	Preferido	J1569
	Gammagard S/D	Preferido	J1566
	Gammaked	Preferido	J1561
	Gamunex-C	Preferido	J1561
	Hizentra	Preferido	J1559
	Octagam	Preferido	J1568
	Privigen	Preferido	J1459
	Xembify	Preferido	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)	Inflectra	Preferido	Q5103
	Infliximab	Preferido	J1745
	Remicade	Preferido	J1745
	Simponi Aria	Preferido	J1602
	Stelara	Preferido	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	Infed	Preferido	J1750
	Venofer	Preferido	J1756
	Feraheme	No Preferido	Q0138
	Injectafer	No Preferido	J1439
	Monoferric	No Preferido	J1437
Melanoma	Opdivo	Preferido	J9299
	Keytruda	Preferido	J9271
	Opdivo plus Yervoy	Preferido	J9299, J9228

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

	Cimerli	Preferido	Q5128
	Eylea	Preferido	J0178
	Eylea HD	Preferido	J0177
	Vabysmo	Preferido	J2777
	Beovu	No Preferido	J0179
	Lucentis	No Preferido	J2778
	Pavblu	No Preferido	C9399, J3490, J3590
	Susvimo	No Preferido	J2779
Artrosis de rodilla (esteroides intraarticulares)	triamcinolone	Preferido	J3301, J3302, J3303
	methylprednisolone	Preferido	J1020, J1030, J1040, J2920, J2930
	betamethasone	Preferido	J0702
	dexamethasone	Preferido	J1094, J1100
	Zilretta	No Preferido	J3304
Osteoporosis	Prolia	Preferido	J0897
	zoledronic acid	Preferido	J3489
	Evenity	No Preferido	J3111
Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN)	Ultomiris	Preferido	J1303
	PiaSky	No Preferido	C9399, J3490, J3590
	Soliris	No Preferido	J1300
PD-1/PD-L1 NSCLC	Libtayo	Preferido	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	Retacrit	Preferido	Q5106
	Procrit	Preferido	J0885
	Reblozyl	No Preferido	J0896
Rituximab e hialuronidasa	Ruxience	Preferido	Q5119
	Riabni	Preferido	Q5123
	Rituxan IV	No Preferido	J9312
	Rituxan Hycela	No Preferido	J9311
	Truxima	No Preferido	Q5115
Análogos de la somatostatina (Lutathera)	Sandostatin LAR	Preferido	J2353
	Somatuline Depot	Preferido	J1930
	Lutathera	No Preferido	A9513
Trastuzumab e hialuronidasa-oysk	Kanjinti	Preferido	Q5117
	Trazimera	Preferido	Q5116
	Herceptin (IV)	No Preferido	J9355
	Herceptin Hylecta	No Preferido	J9356

	Herzuma	No Preferido	Q5113
	Ogivri	No Preferido	Q5114
	Ontruzant	No Preferido	Q5112
Viscosuplementos	Durolane	Preferido	J7318
	Monovisc	Preferido	J7327
	Orthovisc	Preferido	J7324
	Supartz FX	Preferido	J7321
	Synvisc-One	Preferido	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	