



Requisito de Terapia por Fases de Medicare Part B para planes Medicare Advantage

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2026

Fecha de revisión: 1 de abril de 2026

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.

Algunas estrategias de terapia escalonada pueden requerir un ensayo de productos preferidos que cruzan beneficios (por ejemplo, Medicare Parte B y Parte D). Estas estrategias de cruce de beneficios se resumen en las tablas a continuación. Por favor, consulte las políticas de cobertura de Humana, que se pueden encontrar en [CarePlusHealthPlans.com/PAL](https://www.CarePlusHealthPlans.com/PAL), para cualquier requerimiento adicional.

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/Directories](https://www.CarePlusHealthPlans.com/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/PharmacyFinder](https://www.CarePlusHealthPlans.com/PharmacyFinder).

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 o toman un medicamento recetado preferido en la Lista de Medicamentos de Terapia Escalonada de la Parte B de Medicare.

Si tiene preguntas o inquietudes, por favor llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al **800-794-5907**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para el servicio de 24 horas al día, puede visitarnos en [CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com).

Continúa en la página siguiente

Requisito de terapia por fases de la Parte B de Medicare para los planes MA:

Categoría del Medicamento	Nombre del Medicamento	Estado	Código de Pago
Síndrome urémico hemolítico atípico (SHUa)	Ultomiris	Preferido	J1303
	Bkemv IV	No Preferido	Q5152
	Epysqli IV	No Preferido	Q5151
	Soliris	No Preferido	J1300, J1299
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
	Jobevne	No Preferido	C9399, J3490, J3590, J9999
	Vegzelma	No Preferido	Q5129
Inhibidores de la resorción ósea	Wyost	Preferido	Q5136
	Xgeva	Preferido	J0897
	zoledronic acid	Preferido	J3489
	Aukelso	No Preferido	Q5161
	Bilprevda	No Preferido	Q5162
	Bomynta	No Preferido	Q5158
	Osenvelt	No Preferido	Q5157
	Xtrenbo	No Preferido	C9399, J3490, J3590, J9999
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 autoinjector	Preferido	Q5111
	Udenyca Onbody	Preferido	Q5111
	Fylnetra	No Preferido	Q5130
	Nyvepria	No Preferido	Q5122
	Rolvedon	No Preferido	J1449
	Ryzneuta	No Preferido	C9399, J3490, J3590, J9999
	Stimufend	No Preferido	Q5127
Ziextenzo	No Preferido	Q5120	
Factores estimulantes de colonias – Factores de crecimiento leucocitario (acción corta)	Zarxio	Preferido	Q5101
	Granix	No Preferido	J1447
	Neupogen	No Preferido	J1442
	Nivestym	No Preferido	Q5110
	Nypozi	No Preferido	Q5148
	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 sin inhibidores	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
	Alhemo	No Preferido	J7173
	Hemlibra	No Preferido	J7170
	Hympazvi	No Preferido	J7172
	Qfitlia	No Preferido	J7174
	Angioedema hereditario: uso agudo	icatibant	Preferido
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
	Dawnzera	No Preferido	C9399, J3490
	Takhzyro	No Preferido	J0593
Hipercolesterolemia familiar homocigota (HoFH)	Repatha	Preferido	C9399, J3590
	Evkeeza	No Preferido	J1305
Inmunoglobulina	Flebogamma DIF	Preferido	J1572
	Gammagard	Preferido	J1569
	Gammagard ERC	Preferido	J1566, 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	J1552
	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
	Qivigy	No Preferido	C9399, J3490, J3590
	Yimmugo	No Preferido	J1553
Medicamentos inmunológicos: trastornos autoinmunes (artritis,	Inflectra	Preferido	Q5103

psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal)	Infliximab	Preferido	J1745
	Otulfi IV	Preferido	Q9999
	Remicade	Preferido	J1745
	Simponi Aria	Preferido	J1602
	Stelara	Preferido	J3358
	Tremfya IV	Preferido	J1628
	Yesintek IV	Preferido	Q5100
	Actemra IV	No Preferido	J3262
	Avsola	No Preferido	Q5121
	Avtozma IV	No Preferido	Q5156
	Cimzia	No Preferido	J0717
	Cosentyx	No Preferido	J3247
	Entyvio IV	No Preferido	J3380
	Ilumya	No Preferido	J3245
	Imuldosa IV	No Preferido	Q5098
	OmvoH IV	No Preferido	J2267
	Orencia IV	No Preferido	J0129
	Pyzchiva IV	No Preferido	Q9997
	Renflexis	No Preferido	Q5104
	Riabni	No Preferido	Q5123
Rituxan IV	No Preferido	J9312	
Ruxience	No Preferido	Q5119	
Selarsdi IV	No Preferido	Q9998	

	Starjemza IV	No Preferido	C9399, J3490, J3590
	Steqeyma IV	No Preferido	Q5099
	Tofidence IV	No Preferido	Q5133
	Truxima	No Preferido	Q5115
	Tyenne IV	No Preferido	Q5135
	Tysabri	No Preferido	J2323
	Ustekinumab IV	No Preferido	J3358
	Wezlana IV	No Preferido	Q5138
IV Hierro	Infed	Preferido	J1750
	Venofer	Preferido	J1756
	Feraheme	No Preferido	Q0138
	Injectafer	No Preferido	J1439
	Monoferric	No Preferido	J1437
Esclerosis múltiple	Ocrevus	Preferido	J2350
	Ocrevus Zunovo	Preferido	J2350
	Tyruko	Preferido	Q5134
	Briumvi	No Preferido	J2329
	Tysabri	No Preferido	J2323
	Lemtrada	No Preferido	J0202
Miastenia gravis	Soliris	Preferido	J1300, J1299
	Ultomiris	Preferido	J1303
	Vyvgart	Preferido	J9332
	Vyvgart Hytrulo	Preferido	J9334
	Bkemv IV	No Preferido	Q5152
	Epysqli IV	No Preferido	Q5151

	Imaavy	No Preferido	C9305, J3490, J3590
	Rystiggo	No Preferido	J9333
	Uplizna	No Preferido	J1823
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
	Bkemv IV	No Preferido	Q5152
	Epysqli IV	No Preferido	Q5151
	Soliris	No Preferido	J1300, J1299
	Uplizna	No Preferido	J1823
Trastornos oftálmicos - terapia fotodinámica	Avastin	Preferido	C9257, J9035
	Byooviz	Preferido	Q5124
	Eylea	Preferido	J0178
	Eylea HD	Preferido	J0177
	Pavblu	Preferido	Q5147
	Vabysmo	Preferido	J2777
	Beovu	No Preferido	J0179
	Lucentis	No Preferido	J2778
	Susvimo	No Preferido	J2779
Artrosis de rodilla (esteroides intraarticulares)	betamethasone	Preferido	J0702
	dexamethasone	Preferido	J1094, J1100
	methylprednisolone	Preferido	J1020, J1030,

			J1040, J2920, J2930
	triamcinolone	Preferido	J3301, J3302, J3303
	Zilretta	No Preferido	J3304
Osteoporosis	Prolia	Preferido	J0897
	Jubbonti	Preferido	Q5136
	zoledronic acid	Preferido	J3489
	Bildyos	No Preferido	Q5162
	Bosaya	No Preferido	Q5161
	Conexxence	No Preferido	Q5158
	Enoby	No Preferido	C9399, J3490, J3590, J9999
	Evenity	No Preferido	J3111
	Ospomyv	No Preferido	Q5159
	Stoboclo	No Preferido	Q5157
Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN)	Ultomiris	Preferido	J1303
	Bkemv IV	No Preferido	Q5152
	Epysqli IV	No Preferido	Q5151
	PiaSky	No Preferido	J0870
	Soliris	No Preferido	J1300, J1299
PD-1/PD-L1 NSCLC	Libtayo	Preferido	J9119
	Imfinzi	No Preferido	J9173
	Imjudo	No Preferido	J9347
	Keytruda	No Preferido	J9271
	Keytruda Qlex	No Preferido	J9277
	Opdivo	No Preferido	J9299
	Tecentriq Hybreza SQ	No Preferido	J9024
	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
asma grave, inhibidores de la IL-5	Fasenra	Preferido	J0517
	Nucala	Preferido	J2182
	Exdensur	No Preferido	C9399, J3490, J3590
Trastuzumab e hialuronidasa-oysk	Kanjinti	Preferido	Q5117
	Trazimera	Preferido	Q5116
	Herceptin (IV)	No Preferido	J9355
	Herceptin Hylecta	No Preferido	J9356
	Hercessi IV	No Preferido	Q5146
	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
	Hymovis ONE	No Preferido	C9399, J3490
	Synvisc	No Preferido	J7325
	SynoJoynt	No Preferido	J7331
	Triluron	No Preferido	J7332
	TriVisc	No Preferido	J7329
	Visco-3	No Preferido	J7321

Para las siguientes clases de medicamentos, los productos preferidos pueden estar cubiertos bajo el beneficio de Medicare Parte D (farmacia):

Categoría del Medicamento	Nombre del Medicamento	Estado	Código de Pago
PCSK9s – aplica para planes de MAPD	Repatha	Preferido	Beneficio de la Parte D
	Leqvio	No Preferido	J1306
CGRPs – aplica unicamente para planes de MAPD	Emgality	Preferido	Beneficio de la Parte D
	Qulipta	Preferido	Beneficio de la Parte D
	Vyepti	No Preferido	J3032

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն Armenian: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907 (听障专线: 711)**。

繁體中文 Traditional Chinese: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm a sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی Farsi: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French : Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at [CarePlusHealthPlans.com/MLI](https://www.CarePlusHealthPlans.com/MLI).

日本語 Japanese: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。1-800-794-5907 (TTY: 711) までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួសរូបវន្តសម្រាប់អ្នកមានការប្រើប្រាស់។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-794-5907 (TTY: 711)។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오.

Diné: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodoonígíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó ahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí' hodíilnih 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-794-5907 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa 1-800-794-5907 (TTY: 711).

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. 1-800-794-5907 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. 1-800-794-5907 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి.

اردو Urdu: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ 1-800-794-5907 (TTY: 711) کال کریں۔

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711).