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

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2027
Fecha de revisión: 21 de octubre 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. 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, 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. 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.

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.

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
Alpha-1s	**Zemaira**	**Preferido**	J0256
	Aralast	No Preferido	J0256
	Glassia	No Preferido	J0257
	Prolastin-C	No Preferido	J0256
Síndrome urémico hemolítico atípico (SHUa)	**Ultomiris**	**Preferido**	J1303
	Bkemv IV	No Preferido	Q5152
	Epysqli IV	No Preferido	Q5151
	Soliris	No Preferido	J1299
Bevacizumab (oncología)	**Mvasi**	**Preferido**	Q5107
	Zirabev	**Preferido**	Q5118
	Avastin	No Preferido	C9257, J9035
	Alymsys	No Preferido	Q5126
	Jobevne	No Preferido	Q5160
	Vegzelma	No Preferido	Q5129
Inhibidores de la resorción ósea	**Xgeva**	**Preferido**	J0897
	Xtrenbo	**Preferido**	Q5167
	zoledronic acid	**Preferido**	J3489
	Aukelso	No Preferido	Q5161
	Bilprevda	No Preferido	C9399, J3490, J3590, J9999, Q5162
	Bomyntra	No Preferido	C9399, J3490, J3590, J9999, Q5158
	Jubereq	No Preferido	Q5166
	Osenvelt	No Preferido	Q5157
	Wyost	No Preferido	Q5136
Cáncer cervical	**Keytruda**	**Preferido**	J9271

	Tivdak	No Preferido	J9273
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
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
	Armlupeg	No Preferido	Q5169
	Fylnetra	No Preferido	Q5130
	Nyvepria	No Preferido	Q5122
	Rolvedon	No Preferido	J1449
	Ryzneuta	No Preferido	C9399, J3490, J3590, J9361, J9999
	Stimufend	No Preferido	Q5127
	Ziextenzo	No Preferido	Q5120
Factores estimulantes de colonias – Factores de crecimiento leucocitario (acción corta)	**Zarxio**	**Preferido**	Q5101
	Filkri	No Preferido	Q5172
	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
	Cerezyme	No Preferido	J1786
	Vpriv	No Preferido	J3385
Hemofilia A sin inhibidores	**Advate**	**Preferido**	J7192
	Adynovate	**Preferido**	J7207
	Afstyla	**Preferido**	J7210
	Altuviiio	**Preferido**	C9399, J3490, J3590, J7199, 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

	Hympavzi	No Preferido	J7172
	Qfitlia	No Preferido	J7174
Hipercolesterolemia familiar homocigota (HoFH)	**Repatha**	**Preferido**	Part D
	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	C9399, J1552, 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
	Qivigy	No Preferido	J1577, J1599
	Yimmugo	No Preferido	J1553
Medicamentos inmunológicos: trastornos autoinmunes (artritis, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal)colon	**Avsola**	**Preferido**	Q5121
	Infliximab	**Preferido**	J1745
	Otulfi IV	**Preferido**	Q9999

	Remicade	**Preferido**	J1745
	Simponi Aria	**Preferido**	J1602
	Tremfya IV	**Preferido**	J1628
	Tyenne	**Preferido**	Q5135
	Yesintek IV	**Preferido**	Q5100
	Actemra IV	No Preferido	J3262
	Avtozma IV	No Preferido	Q5156
	Cimzia	No Preferido	J0717
	Cosentyx IV	No Preferido	C9166, J3247
	Entyvio IV	No Preferido	J3380
	Ilumya	No Preferido	J3245
	Imuldosa IV	No Preferido	Q5098
	Inflectra	No Preferido	Q5103
	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	Q5164
	Stelara	No Preferido	J3358
	Steqeyma IV	No Preferido	Q5099

	Tofidence IV	No Preferido	Q5133
	Truxima	No Preferido	Q5115
	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**	J2351
	Tyruko	**Preferido**	Q5134
	Briumvi	No Preferido	J2329
	Lemtrada	No Preferido	J0202
	Tysabri	No Preferido	J2323
Miastenia gravis	**Ultomiris**	**Preferido**	J1303
	Vyvgart	**Preferido**	J9332
	Vyvgart Hytrulo	**Preferido**	C9399, J9334, J3490, J3590
	Bkemv IV	No Preferido	Q5152
	Epysqli IV	No Preferido	Q5151
	Imaavy	No Preferido	J9256
	Rystiggo	No Preferido	J9333
	Soliris	No Preferido	J1299
	Uplizna	No Preferido	J1823

Neoplasias (excluyendo el páncreas)	**docetaxel**	**Preferido**	J9171
	paclitaxel	**Preferido**	J9267
	Abraxane	No Preferido	J9264
	paclitaxel protein-bound	No Preferido	J9259, J9264
Trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD)	**Ultomiris**	**Preferido**	**J1303**
	Bkemv IV	No Preferido	Q5152
	Epysqli IV	No Preferido	Q5151
	Soliris	No Preferido	J1299
	Uplizna	No Preferido	J1823
Trastornos oftálmicos - terapia fotodinámica nocturna (HPN)	**Avastin**	**Preferido**	C9257, J9035
	Byooviz	**Preferido**	Q5124
	Eylea	**Preferido**	J0178
	Eylea HD	**Preferido**	J0177
	Lucentis	**Preferido**	J2778
	Pavblu	**Preferido**	Q5147
	Vabysmo	**Preferido**	J2777
	Beovu	No Preferido	J0179
	Cimerli	No Preferido	Q5128
	Enzeevu	No Preferido	Q5149
	Lytenava	No Preferido	C9399, J3490, J3590
	Nufymco	No Preferido	Q5168
	Susvimo	No Preferido	C9093, J2779, J3490
	Yesafili	No Preferido	Q5155
Artrosis de rodilla (esteroides	**betamethasone**	**Preferido**	J0702

intraarticulares)	**dexamethasone**	**Preferido**	J1094, J1100
	methylprednisolone	**Preferido**	J1020, J1030, J1040, J2920, J2930
	triamcinolone	**Preferido**	J3301, J3302, J3303
	Zilretta	No Preferido	J3304
Osteoporosis	**Enoby**	**Preferido**	Q5167
	Prolia	**Preferido**	J0897
	Bildyos	No Preferido	Q5162
	Bosaya	No Preferido	Q5161
	Conexxence	No Preferido	Q5158
	Evenity	No Preferido	J3111
	Jubbonti	No Preferido	Q5136
	Ospomyv	No Preferido	Q5159
	Osvyrti	No Preferido	Q5166
	Stoboclo	No Preferido	Q5157
Hemoglobinuria paroxística	**Ultomiris**	**Preferido**	J1303
	Bkemv IV	No Preferido	Q5152
	Epysqli IV	No Preferido	Q5151
	PiaSky	No Preferido	J1307
	Soliris	No Preferido	J1299
PCSK9s – aplica para planes de MAPD	**Repatha**	**Preferido**	Beneficio de la Parte D
	Leqvio	No Preferido	J1306
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	**Riabni**	**Preferido**	Q5123
	Ruxience	**Preferido**	Q5119
	Rituxan Hycela	No Preferido	J9311
	Rituxan IV	No Preferido	J9312
	Truxima	No Preferido	Q5115
asma grave, inhibidores de la IL-5	**Fasenra**	**Preferido**	J0517
	Nucala	**Preferido**	J2182
	Exdensur	No Preferido	J2361
Trastuzumab e hialuronidasa-oysk	**Ogivri**	**Preferido**	Q5114
	Trazimera	**Preferido**	Q5116
	Herceptin (IV)	No Preferido	J9355
	Herceptin Hylecta	No Preferido	J9356
	Hercessi IV	No Preferido	Q5146
	Herzuma	No Preferido	Q5113
	Kanjinti	No Preferido	Q5117
	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	J7322
	SynoJoynt	No Preferido	J7331
	Synvisc	No Preferido	J7325
	Triluron	No Preferido	J7332
	TriVisc	No Preferido	J7329
	Visco-3	No Preferido	J7333, J7321
Warm Autoimmune Hemolytic Anemia (wAIHA)	**Riabni**	**Preferido**	Q5123
	Ruxience	**Preferido**	Q5119
	Imaavy	No Preferido	J9256

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
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
PCSK9s – aplica para planes de MAPD	**Repatha**	**Preferido**	Beneficio de la Parte D
	Leqvio	No Preferido	J1306

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: Զանգահարե՛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 fòma 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: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કૉલ 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**.

GHHNOA2025CP
LC4160ALL0220 GHHKNACEN
H1019_PHAPartBSTPrefDrugList2027S_C

E3*□*ti:* Japanese:□ □B:5Ztl-ff- l:::'.::Z., :rlfi.§JJ5Ztl-ff- l:::'.::Z., {"t®'H;rt-ff-1:::'.::Z□ ffllil:+C.::'fljffl I, *'fct□ Jt*
901-800-794-5907 (TTY: 711) *cs□□li(t.::'□L'o

Fflh.Jlt□:F Khmer• H'utl ns!t□nnl hr1 Cl§ W S t:I tWtlns!Cfl su:::rt:I 1.□Jt:lcl § WH'lGrnCtl8'1 □rWt;Jt9i UU8 **1-800-794-5907 (TTY: 711)'1**

□□Oi Korean: ¥E <2:!0i, □□ ;:q□□ cHit□I□□ Ail:JIA□ 01go□□ *□□Liq,
1-800-794-5907 (TTY: 711) *'ti* ᵅ£ §9.lo□□ ;_12.

Dine: Saad t'aajiik'eh, t'aadoole'e binahji' bee adahodooniigii dine bichT anidahazt'i'f, d66 ahgo at'eego bee hada'dilyaafgii bee bika'aanfda'awo'f dah61Q. Kohji' hodiilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711).**

Polski Polish: Dost□pne sq bezpl:atne ustugi j□zykowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwon pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711).**

Portugues Portuguese: Estao disponfveis servic;os gratuitos de ajuda lingufstica auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711).**

□Punjabi:□□. I--kl'fe6(I--kl'fe3[1], 'r}{d □ □ □ □ cJ'?)I **1-800-794-5907 (TTY: 711)** '3' of1E □I

PycCKltl□ Russian: npeAOCTaB/lfllOTCfl 6ecnnaTHble ycnyr111 fl3blKOBO□ nOAAep>t<Kltl, BCnOMOraTellbHb18 cpeACTBa 111 Marep1-1allbl B allbTepHaTltlBHblX¢opMarax. 3B0Hlt1Te no HOMepy **1-800-794-5907 (TTY: 711).**

Espanol Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingufstica, ayuda auxiliary servicios en otro formato estan 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).**

□u5lij> Tamil: W6U6lJa: Gwrnffi,□6ll16lDIT □□Gill LDD)lDJLD LDITD)lDJ6lJl9,6lJ C8a:6ll16lJffi6TT□6TT6TT6lTT. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** *W* □6ll11Jlffiffi61JLD.

□ e)) ru TelLIgLI: 6-{) e, zyi0, ;<')□CD)□ c0)Qe,_), c0)a(ill) L□□ *i* ill"l CD) qJ"CT"JeS□ □e)) @ 0 0) 2J(;)6 r\e.)□. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** S S"c0 D(D)OC'.:9.

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

Tieng Viet Vietnamese: Co san cac djch v1,.1 mien phi ve ng6n ngCr', ho trQ' bo sung va djnh d9ng thay the. Hay goi **1-800-794-5907 (TTY: 711).**