

Medicare Advantage: Lista de medicamentos de la Parte B que requieren autorización previa

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

La siguiente lista de medicamentos para pacientes ambulatorios cubiertos por la Parte B de Medicare (es decir, medicamentos que se entregan en el consultorio del médico, clínica, entorno ambulatorio o en el hogar) requieren autorización previa antes de ser proporcionados o administrados. Esta lista no incluye medicamentos que se procesan bajo el beneficio de farmacia de la Parte D de Medicare, como medicamentos autoadministrados o medicamentos orales. Se brindará cobertura para los medicamentos médicos de la Parte B cuando se determine que son médicamente necesarios, en cumplimiento con las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (disponibles en: <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database>).

La cobertura de estos medicamentos para pacientes ambulatorios se basa en las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD*), las Determinaciones de Cobertura Local (LCD*), los Artículos de Cobertura Local (LCA*) existentes y otras fuentes relevantes. *Acrónimos por sus siglas en inglés. El cumplimiento de estas políticas es obligatorio cuando existen. La siguiente tabla enumera los nombres de los medicamentos, los códigos HCPCS*, las políticas de Medicare aplicables y los requisitos del **Programa de terapia escalonada (TE). Para los medicamentos que no tienen una NCD, LCD o LCA aplicable, puede haber un recurso clínico. En ausencia de una guía de cobertura de Medicare (NCD, LCD, etc.), los Centros de Servicios de Medicare (CMS*) permiten que los planes Medicare Advantage implementen sus criterios de cobertura con la guía y revisión de un Comité de Medicamentos. **Consulte la política clínica publicada en el sitio web de Aspire Health bajo medicamentos de la Parte B.**

Algunos medicamentos de la Parte B también pueden requerir de **terapia escalonada antes de que estén cubiertos. En estos casos será necesaria la autorización previa. Es posible que se requiera una contraindicación, intolerancia o prueba previa y fracaso con un medicamento preferente de la misma clase o categoría, entre otros criterios. Se requiere terapia escalonada cuando se indica en la columna "Programa de terapia escalonada" de la siguiente tabla.

Esta lista está sujeta a cambios. Revise esta lista periódicamente para obtener actualizaciones. Aspire Health Plan se reserva el derecho de cambiar, actualizar y/o agregar/eliminar medicamentos a medida que la FDA apruebe nuevos medicamentos y estén disponibles para su uso.

AGENTES ANTIAMILOIDES (ENFERMEDAD DE ALZHEIMER)				
Nombre del medicamento	HCPCS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Leqembi (lecanemab-irmb)	J0174	NCD	Política clínica de Aspire	No
Aduhelm (aducanumab)	J0172	NCD	Política clínica de Aspire	No

BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES				
Nombre del medicamento	HCPCS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Botox (onabotulinumtoxin)	J0585	Noridian JE Parte B LCD (L35170)	Política clínica de Aspire (de conformidad con LCD L35170)	No
Dysport (abobotulinumtoxin A)	J0586	Noridian JE Parte B LCD (L35170)	Política clínica de Aspire (de conformidad con LCD L35170)	No
Myobloc (rimabotulinumtoxin B)	J0587	Noridian JE Parte B LCD (L35170)	Política clínica de Aspire (de conformidad con LCD L35170)	No

Autorización previa (AP): Se requiere la aprobación del plan antes de que se cubra el medicamento. Este requisito ayuda a asegurar que los medicamentos sean seguros y ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos.

Terapia escalonada (TE): Para ciertos medicamentos, los miembros primero deben probar otro medicamento para tratar una condición médica antes de que el plan cubra el medicamento. Consulte la columna "Requisito de terapia escalonada" para ver si un medicamento tiene un requisito de Terapia Escalonada.

Medicare Advantage: Lista de medicamentos de la Parte B que requieren autorización previa

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

Xeomin (incobotulinumtoxin A)	J0588	Noridian JE Parte B LCD (L35170)	Política clínica de Aspire (de conformidad con LCD L35170)	No
Inyección, daxibotulinumtoxinA-lanm, 1 unidad (Daxxify)	J0589	Noridian JE Parte B LCD (L35170)	Política clínica de Aspire (de conformidad con LCD L35170)	No

AGENTES PARA LA DENSIDAD ÓSEA (OSTEOPOROSIS)

Nombre del medicamento	HCPCS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Bisfosfonatos (IV):			No se requiere autorización previa	
• Zoledronic acid (Reclast)	J3489			
• Ibandronate (Boniva)	J1740			
Prolia (denosumab)	J0897		Política clínica de Aspire	Sí
Jubbonti (denosumab-bbdz) <i>Biosimilar a Prolia</i>	J3590		Política clínica de Aspire	Sí
Xgeva (denosumab)	J0897		Política clínica de Aspire	Sí
Wyost (denosumab-bbdz) <i>Biosimilar a Xgeva</i>	C9399 J3490 J3590 J9999		Política clínica de Aspire	Sí
Evenity (romosozumab)	J3111		Política clínica de Aspire	Sí

ANÁLOGOS DE HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (ONCOLOGÍA; INDICACIONES DE SALUD DE LA MUJER)

Nombre del medicamento	HCPCS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Lupron Depot 1-mes 3.75 mg Lupron Depot 3-meses 11.25 mg	J1950		Política clínica de Aspire	No
Camcevi 42 mg Kit	J1952		Política clínica de Aspire	No
Lupron Depot 1-mes y Eligard 7.5 mg Lupron Depot 3-meses y Eligard 22.5 mg Lupron Depot 4-meses y Eligard 30 mg Lupron Depot 6-meses y Eligard 45 mg	J9217		Política clínica de Aspire	No
Lutrate Depot 22.5 mg Kit de 3-meses	J1954		Política clínica de Aspire	No

Autorización previa (AP): Se requiere la aprobación del plan antes de que se cubra el medicamento. Este requisito ayuda a asegurar que los medicamentos sean seguros y ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos.

Terapia escalonada (TE): Para ciertos medicamentos, los miembros primero deben probar otro medicamento para tratar una condición médica antes de que el plan cubra el medicamento. Consulte la columna "Requisito de terapia escalonada" para ver si un medicamento tiene un requisito de Terapia Escalonada.

Medicare Advantage: Lista de medicamentos de la Parte B que requieren autorización previa

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

CORTICOSTEROIDES INTRA-ARTICULAR (OSTEOARTRITIS)				
Nombre del medicamento	HCPDS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Methylprednisolone acetate, inyección (Depo-Medrol) Methylprednisolone sodium succinate, inyección (Solumedrol)	J1010 J2919		No se requiere autorización previa	No
Triamcinolone acetonide, inyección (Kenalog) Triamcinolone diacetate, inyección Triamcinolone hexacetonide, inyección	J3301 J3302 J3303		No se requiere autorización previa	No
Zilretta (triamcinolone acetonide ER)	J3304		Política clínica de Aspire	Sí
ÁCIDOS HIALURÓNICOS / VISCOSUPLEMENTOS (OSTEOARTRITIS)				
Nombre del medicamento	HCPDS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Durolane	J7318		Política clínica de Aspire	Sí
Gel-One	J7326		Política clínica de Aspire	Sí
Monovisc	J7327		Política clínica de Aspire	Sí
Synvisc-One	J7325		Política clínica de Aspire	Sí
VISCO-3	J7321		Política clínica de Aspire	Sí
Euflexxa	J7323		Política clínica de Aspire	Sí
GelSyn-3	J7328		Política clínica de Aspire	Sí
Hyalgan, Supartz, Supartz FX,	J7321		Política clínica de Aspire	Sí
GenVisc 850	J7320		Política clínica de Aspire	Sí
Hymovis	J7322		Política clínica de Aspire	Sí
Orthovisc	J7324		Política clínica de Aspire	Sí
Synjoynt	J7331		Política clínica de Aspire	Sí
Synvisc	J7325		Política clínica de Aspire	Sí
Triluron	J7332		Política clínica de Aspire	Sí

Autorización previa (AP): Se requiere la aprobación del plan antes de que se cubra el medicamento. Este requisito ayuda a asegurar que los medicamentos sean seguros y ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos.

Terapia escalonada (TE): Para ciertos medicamentos, los miembros primero deben probar otro medicamento para tratar una condición médica antes de que el plan cubra el medicamento. Consulte la columna "Requisito de terapia escalonada" para ver si un medicamento tiene un requisito de Terapia Escalonada.

Medicare Advantage: Lista de medicamentos de la Parte B que requieren autorización previa

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

ESCLEROSIS MÚLTIPLE (INFUSIÓN)				
Nombre del medicamento	HCPCS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Tysabri (natalizumab)	J2323		Política clínica de Aspire	Sí
Ocrevus (ocrelizumab)	J2350		Política clínica de Aspire	Sí
Lemtrada (alemtuzumab)	J0202		Política clínica de Aspire	Sí

ONCOLOGY DRUGS				
Nombre del medicamento	HCPCS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Keytruda (pembrolizumab)	J9271		Política clínica de Aspire	No
Tecentriq (atezolizumab)	J9022		Política clínica de Aspire	No

BIOSIMILARES				
PRODUCTOS DE INFLIXIMAB				
Nombre del medicamento	HCPCS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Remicade (infliximab)	J1745		Política clínica de Aspire	Sí
Infliximab	J1745		Política clínica de Aspire	Sí
Inflectra (infliximab-dyyb)	Q5103		Política clínica de Aspire	Sí
Avsola (infliximab-axxq)	Q5121		Política clínica de Aspire	Sí
Renflexis (infliximab-abda)	Q5104		Política clínica de Aspire	Sí
Zymfentra (infliximab-dyyb)	J3590 Q5136		Política clínica de Aspire	Sí
PRODUCTOS DE RITUXIMAB				
Rituxan (rituximab)	J9312		Política clínica de Aspire	Sí
Rituxan Hycela (rituximab e hyaluronidase)	J9311		Política clínica de Aspire	Sí
Ruxience (rituximab-pvvr)	Q5119		Política clínica de Aspire	Sí
Truxima (rituximab-abbs)	Q5115		Política clínica de Aspire	Sí
Riabni (rituximab-arrr)	Q5123		Política clínica de Aspire	Sí

Autorización previa (AP): Se requiere la aprobación del plan antes de que se cubra el medicamento. Este requisito ayuda a asegurar que los medicamentos sean seguros y ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos.

Terapia escalonada (TE): Para ciertos medicamentos, los miembros primero deben probar otro medicamento para tratar una condición médica antes de que el plan cubra el medicamento. Consulte la columna "Requisito de terapia escalonada" para ver si un medicamento tiene un requisito de Terapia Escalonada.

Medicare Advantage: Lista de medicamentos de la Parte B que requieren autorización previa

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

BIOSIMILARES DE ONCOLOGÍA				
PRODUCTOS BEVACIZUMAB (SÓLO ONCOLOGÍA; NO APLICABLES A OFTALMOLOGÍA)				
Nombre del medicamento	HPCPS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Avastin (bevacizumab)	J9035	Para diagnóstico colorrectal: Consulte NCD 110.17: Quimioterapia anticancerígena para el cáncer colorrectal	Política clínica de Aspire	No
Alymsys (bevacizumab-maly), biosimilar	Q5126		Política clínica de Aspire	No
Mvasi (bevacizumab-awwb), biosimilar	Q5107		Política clínica de Aspire	No
Vegzelma (bevacizumab-adcd), biosimilar	Q5129		Política clínica de Aspire	No
Zirabev (bevacizumab-bvzr), biosimilar	Q5118		Política clínica de Aspire	No
Avzivi (bevacizumab-tjnj)	C9399 J9999		Política clínica de Aspire	No
TRASTUZUMAB PRODUCTS				
Herceptin (trastuzumab); <i>excluye biosimilares</i>	J9355		Política clínica de Aspire	No
Herceptin Hylecta (trastuzumab e hyaluronidase-oysk)	J9356		Política clínica de Aspire	No
Enhertu (fam-trastuzumab deruxtecan-nxki)	J9358		Política clínica de Aspire	No
Ontruzant (trastuzumab-dttb), biosimilar	Q5112		Política clínica de Aspire	No
Herzuma (trastuzumab-pkrb), biosimilar	Q5113		Política clínica de Aspire	No
Ogivri (trastuzumab-dkst), biosimilar	Q5114		Política clínica de Aspire	No
Trazimera (trastuzumab-qyyp), biosimilar	Q5116		Política clínica de Aspire	No
Kanjinti (trastuzumab-anns), biosimilar	Q5117		Política clínica de Aspire	No
Phesgo (pertuzumab, trastuzumab, hyaluronidase-zzxf)	J9316		Política clínica de Aspire	No

Autorización previa (AP): Se requiere la aprobación del plan antes de que se cubra el medicamento. Este requisito ayuda a asegurar que los medicamentos sean seguros y ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos.

Terapia escalonada (TE): Para ciertos medicamentos, los miembros primero deben probar otro medicamento para tratar una condición médica antes de que el plan cubra el medicamento. Consulte la columna "Requisito de terapia escalonada" para ver si un medicamento tiene un requisito de Terapia Escalonada.

Medicare Advantage: Lista de medicamentos de la Parte B que requieren autorización previa

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

TRASTORNOS OCULARES TIROIDEAS

Nombre del medicamento	HPCPS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Tepezza (teprotumumab-trbw)	J3241		Política clínica de Aspire	No

MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS NO LISTADOS

Nombre del medicamento	HPCPS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Medicamentos o productos biológicos no clasificados	C9399		Política clínica de Aspire	No
Medicamentos no clasificados	J3490		Política clínica de Aspire	No
Biológicos no clasificados	J3590		Política clínica de Aspire	No
Medicamento o producto biológico no clasificado para uso en ESRD o diálisis	J3591		Política clínica de Aspire	No
Factor de coagulación para la hemofilia, si no está clasificado	J7199		Política clínica de Aspire	No

INHIBIDOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGF*) (AGENTES PARA LOS TRASTORNOS DE LA RETINA)

Nombre del medicamento	HPCPS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Avastin (bevacizumab)	C9257 J7999		No se requiere autorización previa	No
*Eylea (afibercept)	J0178		Política clínica de Aspire	Sí <i>(*aplican excepciones)</i>
Eylea HD (afibercept)	J0177		Política clínica de Aspire	Sí
Lucentis (ranibizumab)	J2778		Política clínica de Aspire	Sí
Byooviz (ranibizumab-nuna)	Q5124		Política clínica de Aspire	Sí
Cimerli (ranibizumab-eqrn)	J3590		Política clínica de Aspire	Sí
Susvimo (ranibizumab implant)	J2779		Política clínica de Aspire	Sí
Beovu (brolucizumab-dbll)	J0179		Política clínica de Aspire	Sí
Vabysmo (faricimab)	J2777		Política clínica de Aspire	Sí

Autorización previa (AP): Se requiere la aprobación del plan antes de que se cubra el medicamento. Este requisito ayuda a asegurar que los medicamentos sean seguros y ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos.

Terapia escalonada (TE): Para ciertos medicamentos, los miembros primero deben probar otro medicamento para tratar una condición médica antes de que el plan cubra el medicamento. Consulte la columna "Requisito de terapia escalonada" para ver si un medicamento tiene un requisito de Terapia Escalonada.

Medicare Advantage: Lista de medicamentos de la Parte B que requieren autorización previa

Actualizado el: 28 de mayo de 2024

Con vigencia a partir del: 15 de agosto de 2024

Medicare cubre los medicamentos para pacientes ambulatorios (Parte B) que se suministran "incidentalmente" con el servicio de un médico, siempre que los medicamentos no sean generalmente autoadministrados por los pacientes que los toman. Consulte el Manual de políticas de beneficios de Medicare (Pub. 100-2), Capítulo 15, §50 Medicamentos y productos biológicos en: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/Downloads/bp102c15.pdf>.

Esta Lista de medicamentos con autorización previa de la Parte B de Medicare se proporciona únicamente con fines informativos y no constituye ni reemplaza el asesoramiento médico profesional. Se espera que los médicos, hospitales y otros proveedores administren o utilicen medicamentos/productos biológicos de la manera más efectivo y clínicamente apropiado. Los médicos tratantes y otros proveedores de atención médica son los únicos responsables de todas las decisiones de atención médica. De acuerdo con la Evidencia de Cobertura (EOC*) del miembro, cada plan de beneficios tiene sus propias disposiciones, limitaciones y exclusiones de cobertura. En caso de conflicto entre esta política y la EOC del miembro, las disposiciones de la EOC del miembro tendrán prioridad.

La inclusión de un código en esta póliza no implica que el servicio de salud que describe esté cubierto o no. La cobertura de beneficios para servicios de salud está determinada por el documento del plan específico del miembro y las leyes aplicables que puedan exigir cobertura para un servicio en particular. La inclusión de un código no implica ni garantiza el reembolso o pago de una reclamación. También pueden aplicarse otras políticas y estándares. Se espera que los proveedores conserven o tengan acceso a la documentación necesaria cuando se les solicite para respaldar la cobertura.

Referencias

1. Medicare Managed Care Manual, Capítulo 4, §90.5.
2. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Medicare Advantage Prior Authorization and Step Therapy for Part B Drugs. 7 de agosto, 2018. Disponible en línea en: <http://cms.gov>.
3. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Manual de políticas de beneficios de Medicare solo por Internet, CMS Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50. Disponible en línea en: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs>.



H8764_RX_Part.B.Authorization.Drug.List_0724_C

Autorización previa (AP): Se requiere la aprobación del plan antes de que se cubra el medicamento. Este requisito ayuda a asegurar que los medicamentos sean seguros y ayuda a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos.

Terapia escalonada (TE): Para ciertos medicamentos, los miembros primero deben probar otro medicamento para tratar una condición médica antes de que el plan cubra el medicamento. Consulte la columna "Requisito de terapia escalonada" para ver si un medicamento tiene un requisito de Terapia Escalonada.