

Programa de lista de medicamentos con autorización previa de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 27 de febrero de 2024

Fecha de entrada en vigor: 1 de mayo 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

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
Bisphosphonates (IV): <ul style="list-style-type: none">Zoledronic acid (Reclast)Ibandronate (Boniva)	J3489 J1740		No se requiere autorización previa	No
Prolia (denosumab)	J0897		Política clínica de Aspire	Sí
Evenity (romosozumab)	J3111		Política clínica de Aspire	Sí

Prior Authorization (PA): Approval is required needed from the plan is required before the drug is covered. This requirement helps ensure medication safety and helps guide the appropriate use of certain drugs.

Step therapy (ST): For certain drugs, members must first try another drug to treat a medical condition before the plan will cover the drug. Refer to the "Step therapy requirement" column to see whether a drug has a step therapy requirement.

Programa de lista de medicamentos con autorización previa de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 27 de febrero de 2024

Fecha de entrada en vigor: 1 de mayo de 2024

CORTICOSTEROIDES INTRAARTICULARES (OSTEOARTRITIS)				
Nombre del medicamento	HCPCS	Pólizas de Medicare (NCD*, LCD*, LCA*)	Recurso clínico para medicamentos sin NCD*/LCD*/LCA*	Programa de terapia escalonada
Inyección de methylprednisolone acetate (Depo-Medrol) Methylprednisolone sodium succinate, inyección de 40 mg Methylprednisolone sodium succinate, inyección de 125 mg	J1020 J1030 J1040 J2920 J2930		No se requiere autorización previa	No
Inyección de triamcinolone acetonide (Kenalog) Inyección de triamcinolone diacetate, por cada 5 mg Inyección de triamcinolone hexacetonide por cada 5 mg	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	HCPCS	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

Prior Authorization (PA): Approval is required needed from the plan is required before the drug is covered. This requirement helps ensure medication safety and helps guide the appropriate use of certain drugs.

Step therapy (ST): For certain drugs, members must first try another drug to treat a medical condition before the plan will cover the drug. Refer to the "Step therapy requirement" column to see whether a drug has a step therapy requirement.

Programa de lista de medicamentos con autorización previa de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 27 de febrero de 2024

Fecha de entrada en vigor: 1 de mayo 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

MEDICAMENTOS DE ONCOLOGÍA				
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 INFILIXIMAB				
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 and 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-arrx)	Q5123		Política clínica de Aspire	Sí

Prior Authorization (PA): Approval is required needed from the plan is required before the drug is covered. This requirement helps ensure medication safety and helps guide the appropriate use of certain drugs.

Step therapy (ST): For certain drugs, members must first try another drug to treat a medical condition before the plan will cover the drug. Refer to the "Step therapy requirement" column to see whether a drug has a step therapy requirement.

Programa de lista de medicamentos con autorización previa de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 27 de febrero de 2024

Fecha de entrada en vigor: 1 de mayo de 2024

BIOSIMILARES DE ONCOLOGÍA				
PRODUCTOS BEVACIZUMAB (SÓLO ONCOLOGÍA; NO APLICABLES A OFTALMOLOGÍA)				
Nombre del medicamento	HCPCS	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
Almysys (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
PRODUCTOS TRASTUZUMAB				
Herceptin (trastuzumab); <i>excluye biosimilares</i>	J9355		Política clínica de Aspire	No
Herceptin Hylecta (trastuzumab y 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

Prior Authorization (PA): Approval is required needed from the plan is required before the drug is covered. This requirement helps ensure medication safety and helps guide the appropriate use of certain drugs.

Step therapy (ST): For certain drugs, members must first try another drug to treat a medical condition before the plan will cover the drug. Refer to the “Step therapy requirement” column to see whether a drug has a step therapy requirement.

Programa de lista de medicamentos con autorización previa de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 27 de febrero de 2024

Fecha de entrada en vigor: 1 de mayo de 2024

ENFERMEDAD OCULAR TIROIDEA				
Drug Name	HCPCS	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	HCPCS	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	HCPCS	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 (aflibercept)	J0178		Política clínica de Aspire	Sí <i>(*aplican excepciones)</i>
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

Prior Authorization (PA): Approval is required needed from the plan is required before the drug is covered. This requirement helps ensure medication safety and helps guide the appropriate use of certain drugs.

Step therapy (ST): For certain drugs, members must first try another drug to treat a medical condition before the plan will cover the drug. Refer to the "Step therapy requirement" column to see whether a drug has a step therapy requirement.

Programa de lista de medicamentos con autorización previa de Medicare Advantage Parte B

Actualizado el: 27 de febrero de 2024

Fecha de entrada en vigor: 1 de mayo 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 efectiva 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. Centers for Medicare and Medicaid Services, Medicare Advantage Prior Authorization and Step Therapy for Part B Drugs. 7 de agosto de 2018. Disponible en línea en: <http://cms.gov>.
3. Centers for Medicare and Medicaid Services, Internet-Only Medicare Benefit Policy Manual, CMS Pub. 100-02, Chapter 15, Sec. 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 _0424_C

Prior Authorization (PA): Approval is required needed from the plan is required before the drug is covered. This requirement helps ensure medication safety and helps guide the appropriate use of certain drugs.

Step therapy (ST): For certain drugs, members must first try another drug to treat a medical condition before the plan will cover the drug. Refer to the "Step therapy requirement" column to see whether a drug has a step therapy requirement.